

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE
PARAISSANT LE SAMEDI

DIRECTEUR : M. LE DOCTEUR AUGUSTE CÉZILLY.

1re ANNÉE. — N° 3. **SAMEDI 19 JUILLET 1879.** Prix d'abonnement : Un an, 20 fr. Le numéro, 40 centimes.

Tout ce qui regarde l'Administration doit être adressé à M. l'Administrateur et tout ce qui concerne la Rédaction à M. le Secrétaire de la Rédaction.

BUREAUX : BOULEVARD SAINT-MICHEL, 105, PARIS

SOMMAIRE :

	Pages
BULLETIN DE LA SEMAINE	17
REVUES GÉNÉRALES. — 1° De la médication salicylique: état actuel de la question (suite); — 2° De la pectoriloquie aphone (suite); — 3° Du traitement de l'antrax	27-33
REVUE D'HYGIÈNE. — Les enfants naturels et la loi protectrice de l'enfance	34-35
TRAVAUX ORIGINAUX. — Note sur un cas de végétation exubérante du pharynx	35
SOCIÉTÉS SAVANTES. — Académie de médecine; prix de 1878	35-36
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE. — 1° Traitement de la chorée, en particulier par les injections sous-cutanées de liqueur de Fowler; — 2° Des éruptions cutanées provoquées par l'ingestion de l'hydrate de chloral	36-38
CHRONIQUE	38

Les ouvrages remis en double au bureau du Journal seront annoncés et analysés, s'il y a lieu.

AVIS. — *Par application de la loi du 7 avril dernier, tous les bureaux de poste de France sont autorisés à recevoir les abonnements. L'administration du* CONCOURS MÉDICAL, *prenant à sa charge la remise perçue par l'administration des postes, nos abonnés des départements n'ont qu'à verser, au bureau de poste de leur résidence, le montant de leur abonnement, tel qu'il est annoncé ci-dessus.*

AVIS AUX MEMBRES FONDATEURS ET PARTICIPANTS.

Il sera fait, dans les premiers jours d'août, un tirage à part du programme de la *Direction*, qui indiquera en outre à chaque destinataire son numéro d'inscription et donnera les renseignements qui nous ont été réclames par de nombreux correspondants.

Il s'est produit quelques omissions inévitables dans l'expédition des deux premiere numéros. Nous avisons nos lecteurs que toutes les adhésions qui nous sont parvenues depuis l'envoi des premières circulaires, ont été maintenues *quelle que soit leur formule et leur date.* Par conséquent, ils peuvent réclamer les numéros qui leur manquent.

EAUX MINÉRALES

EAUX SULFUREUSES

(Suite.)

Au reste la chimie est loin d'avoir dit son dernier mot sur la composition des eaux minérales et il serait téméraire de prétendre tirer d'une analyse chimique plus qu'elle ne peut légitimement donner en l'état actuel de la science. Il ne suffit pas, en effet, d'avoir établi l'analyse quantitative et qualitative d'une eau minérale pour se croire arrivé à la connaissance intime et complète de cette eau minérale. Comme le dit avec raison un éminent observateur, le docteur [illegible]tissier, « les éléments constitutifs d'une eau minérale agissent mêlés, combinés, tels que la nature les a réunis, et de leur action réciproque doit nécessairement résulter une action médicatrice différente de celle que chacun possède dans son état distinct et isolé. » — C'est pourquoi il convient d'être très réservé sur cette question de la composition des eaux sulfurées en présence surtout des divergences d'hommes aussi considérables que MM. Filhol et Garrigou.

EAUX-BONNES

Nous avons conclu notre traité de publicité avec les *Eaux-Bonnes*, et le comité d'annonces s'est appuyé principalement sur les observations cliniques si nombreuses et sur l'analyse de ces eaux, que nous donnons aujourd'hui d'après M. Filhol :

Sulfure de Sodium	0 gr. 0210
— de Calcium	traces
Chlorure de Sodium	0 gr. 2640
Silicate de Soude	0 » 0310
Sulfate de Soude	traces
— de magnésie	traces
— de chaux	0 gr. 1750
Silice	0 » 0320
Matière organique	0 » 0480
Borate de soude	traces
Iode	traces
Fer	traces
Phosphates	traces
Fluor	traces
Total	**0 gr. 5710 pour 1 litre.**

MÉDICAMENTS.

ATROPINE MOREAU.

PHARMACIEN CHIMISTE, A COURBEVOIE (SEINE).

—

Les lecteurs qui ont saisi le but que nous voulons poursuivre dans la page d'annonces médicales, ne doivent pas être surpris de la lenteur que nous mettons à la remplir.

«Nous n'acceptons les produits spécialisés,» avons-nous dit, « que quand ils s'imposent par la difficulté de la préparation, de la conservation ou de la constatation de pureté. »

Les sels d'atropine rentrent bien dans ce cas ; restait une bonne marque à trouver.

Nous connaissions l'*atropine Moreau*, mais, avant d'en conseiller l'emploi à nos adhérents, nous avons voulu l'examiner encore dans le laboratoire où elle se prépare. Nous avons surtout porté notre attention sur le sulfate et ses granules : le sel est pur, il est parfaitement mélangé avec l'excipient, et les pilules divisées mécaniquement sont d'une régularité telle que le dosage est d'une exactitude mathématique.

Voilà pourquoi nous acceptons dès aujourd'hui les *granules de sulfate d'atropine Moreau*, quand tant d'autres produits qui s'offrent restent encore à l'étude.

———

Cet exemple fera comprendre d'une façon plus nette que ne pourraient le faire les exposés les plus étendus, ce qui sera la règle du comité d'étude dans l'acceptation des insertions dans cette page de nos annonces.

2me exemple : Nous avons dit que les spécialités que nous annonçons doivent nous être indispensables ; que nous devons connaître parfaitement leur composition, leurs doses, leur préparation (à l'exception, peut-être, du tour de main, qui en constitue la forme plus acceptable pour le malade ; tour de main qui est le fait du spécialiste et qui ne nous importe que par son résultat utile).

Le jaborandi, nouveau sialagogue et sudorifique, dont l'action sur les glandes salivaires et sudoripares s'exerce d'une façon si active et dont la puissance est encore démontrée par l'injection sous-cutanée de son alcaloïde la *Pilocarpine*, le jaborandi, disons-nous, ne nous paraît pas, quant à présent, nécessiter une spécialisation.

Nombre de nos lecteurs nous écrivent que son action est infidèle ; nous leur indiquerons prochainement dans une étude spéciale les caractères qui leur permettront de constater sûrement le vrai jaborandi. Ils pourront ainsi surveiller eux-mêmes le médicament et l'intervention d'uno spécialité ne doit pas leur être nécessaire dans ce cas. Le jaborandi est un produit qui n'offre pas de chances sérieuses pour la falsification, pour peu que le pharmacien et le médecin veuillent bien en surveiller la provenance.

CORRESPONDANCE

—

Lettres.

Dr M., à P. S. V. (Meurthe-et-Moselle). — 1er avril.

« *Il est probable que, dans un avenir prochain, vous arriverez à un remarquable résultat auquel je m'efforcerai de travailler dans les limites de ma sphère et du possible... J'approuve de tout cœur vos vues et vos idées.* »

Nous pouvons vous assurer que le succès de l'œuvre n'est plus seulement probable, il est désormais assuré. Merci de votre concours.

— Dr C., à M. (Deux-Sèvres). — 6 avril.

Vous avez vu par notre programme que nous n'avons pas limité notre nombre à *mille*, il est déjà supérieur à ce chiffre par l'adjonction des *participants*.

Dr D., à B. (Maine-et-Loire). — 8 avril.

Merci de vos encouragements et du dévouement que vous promettez de mettre au service de la Société.

Lettres de la semaine.

—

Dr H. M. B., à B. des C. (Ille-et-Vilaine).

« *La médecine dans les campagnes devient précaire ; tout lecteur sera bientôt médecin... le malade, fatigué de médicaments de toutes sortes et n'en éprouvant aucun bienfait, se décourage, finit par ne plus croire, boude le médecin, et celui-ci ne peut se rendre compte de l'indifférence de son client qu'en ouvrant une armoire convertie en petite officine agrémentée d'étiquettes de couleurs les plus disparates.*

» *Votre œuvre sera bien profitable à vos confrères. Merci pour eux, merci pour moi.* »

— Nous ne pouvons que vous remercier de votre adhésion. Vous avez bien vu une partie des services que peut rendre notre association.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
1re Année. — N° 1 5 juillet 1879.

A NOS ADHÉRENTS

TRÈS HONORÉS CONFRÈRES,

Laissez-nous, d'abord, vous adresser nos remerciements pour votre acte d'initiative. Il vous a été dicté par le désir d'établir, entre les membres du corps médical, une plus grande solidarité. Presque tous, nous avons le sentiment de notre isolement et aspirons à l'amoindrir, en nous intéressant aux œuvres de confraternité. Un échange quotidien de pensées, d'aspirations, de volontés, vous a paru, comme à nous, bon à établir.

Vous avez pris part, peut être avec un peu de scepticisme, à une entreprise infiniment plus sérieuse qu'il n'apparaît d'abord et dont vous serez bientôt, nous en sommes certains, les partisans convaincus et ardents.

Nous avons dépassé largement ce nombre de mille adhérents que nous recherchions. Nous pouvons, maintenant, vous présenter brièvement notre programme, sur lequel, d'ailleurs nous aurons occasion de revenir avec plus de détails.

L'Exposition des idées qui ont présidé à la création du journal le *Concours médical* et de la future *Société de Concours médical*, dont il est l'instrument, avait sa place désignée dans le premier numéro.

Il y a environ deux années, un groupe de médecins de Paris et des départements eut l'occasion d'étudier quels sont les *desiderata* de notre profession ; quels seraient les moyens les plus efficaces d'y satisfaire. Il parut opportun de se livrer à l'étude du mécanisme des deux Sociétés médicales les plus nombreuses de France et d'Angleterre.

Association générale des médecins de France. — Peu de confrères, parmi nous, ignorent que l'Association générale, est une Société de prévoyance, de protection et de secours mutuels, en faveur de ses membres et de leurs familles.

Nous savons tous qu'elle a encore en vue de maintenir, par son influence moralisatrice, l'exercice de l'art, dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession. Elle a fondé une caisse de pensions viagères d'assistance et proposera et fondera les institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre d'assistance. Les membres payent une modeste cotisation annuelle.

L'association générale a été fondée en 1858. Due à la généreuse initiative de quelques médecins bordelais, à l'infatigable persévérance de son premier président, le professeur Rayer, de son secrétaire général, M. Amédée Latour, et d'une foule de dévoués confrères, elle a débuté avec quinze cents adhérents et un budget de trente mille francs. Elle compte, à l'heure actuelle, plus de sept mille sociétaires et possède des ressources qui dépassent un million.

Un annuaire rend compte des actes de cette Société, qui, pour divers motifs, a résolu de ne pas entrer dans la voie de la création d'un journal scientifique, organe de l'association.

« L'Association générale, disait le président Rayer, ne soutiendra que *par une influence indirecte* l'instruction du corps médical. C'est cette haute et sûre position intellectuelle, qui lui permet de combattre le Charlatanisme, ce triste et honteux parasite de la médecine, sans crainte qu'on attribue cette conduite aux seuls intérêts professionnels. »

British médical Association. — Elle date de près d'un demi-siècle, renferme plus de huit mille associés. Elles s'est proposé l'avancement de la science médicale et des sciences accessoires et le maintien de l'honneur et des intérêts professionnels.

Pour arriver à ses fins, cette association a créé le *British médical journal* qui est sa propriété. Elle distribue des prix d'argent aux travaux les plus remarquables publiés par ses associés, et par des Congrès scientifiques annuels, tenus dans les grandes villes d'Angleterre, elle contribue puissamment aux progrès de la médecine.

Elle se préoccupe, en outre, des modifications à obtenir aux lois et réglements qui régissent la profession, ainsi que de la protection à assurer à chacun de ses membres dans l'exercice de leur art.

Cette Association est très-prospère, grâce à la souscription de 25 francs, payée chaque année par les associés. Son budget annuel dépasse 300 mille francs, somme dont une très-notable portion est le produit de la feuille d'annonces du journal. Cette feuille accepte tous les produits ressortissant de la médecine, en même temps, que les annonces purement commerciales qui peuvent intéresser ses lecteurs.

Nous donnerons prochainement un extrait des statuts de l'association anglaise.

La matière scientifique du *Médical-Journal*, es énorme d'étendue, et d'une valeur considérable. Ses réunions annuelles constituent d'une façon durable, ces grandes assises médicales dont le congrès français de 1845 nous a démontré tous les avantages. Toutes les sommités médicales se font un devoir d'assister à ces assemblées.

Pour résumer cet exposé, nous voyons que l'*Association générale française* est une société de secours mutuels qui, à cette heure, ne peut assister pécuniairement que les plus deshérités d'entre nous. Mais elle rend de grands services par les occasions qu'elle nous fournit de nous réunir, d'échanger nos idées, de nous mieux connaître et, en définitive, de

nous estimer et de nous entr'aider davantage. Dans l'avenir, nos enfants auront droit à la retraite, ce grand bienfait, quelle que soit leur situation.

Mais elle n'a aucunement en vue notre instruction médicale.

L'Association britannique se préoccupe, elle, de l'avancement de la science et, comme la précédente, de la protection de l'honneur et des intérêts professionnels de ses associés.

Mais elle n'a aucunement en vue l'assistance pécuniaire et la prévoyance.

Notre Société de CONCOURS MÉDICAL comble les lacunes de ces deux organisations.

A l'Association anglaise elle emprunte son journal, distribué à tous les sociétaires, ses prix, puis, dans l'avenir, ses congrès médicaux, quand nous reconnaîtrons la possibilité de les organiser.

« C'est pour mettre en commun le travail de l'intelligence et pour diriger ses efforts épars, disait encore M. Rayer, que les Académies ont été instituées, il y a plus de deux siècles. Dans le nôtre, le même besoin suscite les associations. »

Nous organiserons la nôtre en vue de cette espèce d'Académie, qui sera représentée par notre journal, organe d'une nombreuse société médicale.

Nous rendrons plus actuels, plus immédiats que ne peut le faire actuellement l'Association française, les bienfaits que nous procurera, dès à présent, l'union des volontés d'un grand nombre de médecins. Notre voie est plus terre à terre, plus efficace aussi, car nous procurons, dès ce moment, sans frais, à ceux de nos confrères qui nous ont adressé leur adhésion, la lecture d'un journal dont nous nous efforcerons d'accroître incessamment la valeur. Cette faveur, nos ressources augmentant, s'étendra à un plus grand nombre et, peu à peu, à tous ceux qui voudront se joindre à nous.

Par l'organisation d'un fonds de prévoyance, modeste d'abord, mais d'un emploi immédiat et de droit pour tous, nous suivrons la voie tracée par l'Association générale. En outre, nous exposerons et discuterons le projet d'assurance sur la vie, si bien mis en lumière par la *Tribune médicale*. Nous étudierons les bases de la caisse de retraite des médecins, de M. le docteur Benoît (de la Loire-Inférieure). Nous espérons démontrer, qu'avec notre aide, les objections opposées à ces deux projets ne sont pas absolues et que leur réalisation n'est nullement chimérique.

Par l'organisation de notre page d'annonces EXTRA MÉDICALES, nous sommes assurés de procurer à tous nos lecteurs de notables économies.

Un tiers de nos adhérents fait partie de l'Association générale. Nous ferons tous nos efforts pour décider les dissidents à s'affilier à elle et, s'il y a lieu, nous leur en faciliterons les moyens.

C'est dire que nous suivons une voie parallèle et que notre action ne peut créer à la grande Association aucune difficulté. Nous serons satisfaits si nous pouvons la compléter sous quelques rapports et nous sommes en état d'atteindre cet objet de notre ambition. Nous n'en voulons pour preuve que ce fait, que notre début s'opère avec un nombre d'adhérents peu inférieur à celui de l'Association générale il y a vingt années. Nous pourrons d'ailleurs, si nous rendons quelques services, lui en rapporter tout l'honneur, puisque c'est dans le sein de l'une de ses sociétés locales que notre projet a pris naissance.

Notre future Société de CONCOURS MÉDICAL s'affirme, dès aujourd'hui, par le fonctionnement du journal dont nous avons pris la direction.

Nos futurs souscripteurs sont assurés de ne point verser longtemps le prix de l'abonnement. En effet, les premiers abonnés inscrits après les 450 qui ont dépassé le nombre des fondateurs et que nous appelons les *membres participants*, jouiront d'avantages analogues à ceux des membres fondateurs et seront affranchis de toute cotisation dès qu'ils auront complété le deuxième mille.

Chaque année, d'ailleurs, un certain nombre des premiers inscrits de cette deuxième série, à mesure des vacances, remplira les vides qui s'opèreront nécessairement parmi les mille membres fondateurs du journal. Nous passerons ensuite à une nouvelle série, de telle sorte que tous nos abonnés seront admis à une situation analogue à celle que nous assurons, dès aujourd'hui, aux confrères qui ont partagé nos idées dès le principe.

Ainsi « nous soutiendrons *d'une façon directe* l'instruction du corps médical et nous serons certains de pouvoir combattre le charlatanisme sous quelques-unes de ses formes, avec succès et sans crainte qu'on attribue notre conduite aux seuls intérêts personnels. »

La composition de notre feuille d'annonces s'inspire de constatations faites par la réunion des médecins qui a été notre point de départ.

« Nous avons reconnu, avec nos confrères, que, si les industriels persistent, depuis tant d'années, à vous offrir, chaque jour, tous les prospectus que vous savez, c'est qu'ils y trouvent leur profit, même auprès d'un public compétent, le public médical. Nous avons favorisé ce funeste mouvement, peu conforme à la dignité de notre profession, à l'intérêt même de la pharmacie, qui est entraînée à supprimer le médecin, comme un intermédiaire inutile entre elle et le malade. »

Nous avons reconnu aussi qu'un certain nombre de spécialités ont accompli un véritable progrès.

En conséquence, dans la composition de la feuille d'annonces, nos règles sont les suivantes :

1° Les adhérents doivent en thèse générale formuler magistralement.

2° Ils recourent aux produits spécialisés, quand ceux-ci s'imposent par la difficulté de la préparation, de la conservation, ou de la constatation de pureté.

3° Ils acceptent les annonces industrielles, ayant trait à la médecine et à la chirurgie. Celles-ci sont

admises sans examen spécial, l'appréciation de leur valeur étant facile pour tous.

4° Ils limitent le nombre des eaux minérales avec lesquelles le journal conclut des traités de publicité ; ils ont reconnu que presque tous les praticiens sont obligés de se restreindre à l'emploi de quelques sources seulement, et ils savent qu'à l'exception des grandes villes il est matériellement impossible aux pharmaciens de mettre à la disposition des médecins un trop grand nombre d'eaux minérales. Chacun de nous peut, dans tous les cas, rechercher ses indications dans une feuille différente de la nôtre ; il peut même se contenter de lire, avec attention, toutes les réclames qui viennent, chaque jour, nous solliciter à domicile.

Nos adhérents ont compris qu'un journal créé par près de 1,500 médecins, était assuré d'une vitalité et d'une influence plus grandes que ne peut l'espérer celui qui n'est que l'œuvre d'un seul, quel que soit d'ailleurs son mérite.

Votre directeur a accepté toute la responsabilité de l'organisation que nous venons d'exposer. Il a les pouvoirs les plus étendus et, grâce à eux, grâce à votre aide et à celle des membres de la rédaction, il veut accomplir des progrès constants, afin d'arriver le plus promptement possible à la constitution de la *Société de Concours Médical*, dont les statuts seront mûrement étudiés dans le journal, avant d'être soumis à l'assemblée des abonnés.

Il se considère comme votre mandataire. Chargé des intérêts communs, il espère parvenir à vous inspirer une confiance qui ne peut s'établir que par un échange de communications directes, ou par lettres.

Nous entretiendrons une correspondance régulière par la voie du journal, sous le couvert du numéro de chaque *fondateur, participant* ou *abonné*. C'est à cette condition que notre communauté de vues pourra produire tous ses effets. Les économies que nous pourrons procurer à nos lecteurs seront recherchées avec persévérance, et si, à ce propos, on nous accusait de spéculation, nous répondrons, comme le faisait un éminent confrère « que la communion des intérêts ne fait pas déchoir celle des intelligences ; qu'un intérêt de société peut être poursuivi avec ardeur ; que si le désir du bien-être n'est pas le mobile le plus noble des actions humaines (et ceux là peuvent l'avouer qui en font trop souvent le sacrifice à la profession), il appartient à l'humanité, qu'il conduit au travail et dont il relève la condition. »

Nous voulons contribuer à ce bien-être de tout notre pouvoir par le même moyen qui avancera notre instruction à tous; le journal. Notre fierté n'aura pas à souffrir de la protection de nos intérêts.

Nous avons adopté un format que nous croyons commode; nous modifierons s'il y a lieu, le papier et sa teinte. Il a paru à la majorité de nos confrères que la publication hebdomadaire était suffisante. Nous avons des idées qui nous paraissent neuves au sujet de la rédaction; nous nous efforcerons de les appliquer.

Nous voulons que le *Concours médical*, quoique scientifique, reste intéressant pour tous; que quoique pratique, il ne se réduise pas à un volumineux recueil de formules ou de leçons banales. Il devra suffire à tous nos lecteurs qui pourront, lorsque le nombre de ses pages sera suffisamment accru, négliger sans réel inconvénient la partie qui ne cadrerait pas avec leurs goûts, leur tournure d'esprit, assurés qu'il seront alors de trouver, d'autre part, une lecture appropriée à leurs convenances.

Vous aurez, dans tous les cas, cette satisfaction, assez appréciable par le temps qui court, de ne rencontrer jamais et sous aucun prétexte, aucune réclame, de quelque nature qu'elle soit, dans la partie scientifique.

Si nous parvenons, par les services que nous nous efforcerons de rendre à nos lecteurs, à nous créer quelques titres à leur attachement, la partie la plus aride de notre tâche sera accomplie et le reste viendra par surcroît.

Notre société de *Concours médical* justifiera son titre par la bonne volonté de tous ses membres à seconder notre effort professionnel.

Dès que les produits du journal dépasseront les frais, l'assemblée des abonnés décidera les diverses affectations de l'excédant.

Le Directeur,

Docteur Auguste CÉZILLY.

REVUES GÉNÉRALES

I

DE LA PECTORILOQUIE APHONE.

Nous avons l'intention d'étudier ici quelques points relatifs au diagnostic de la pleurésie et de ses variétés. Cette étude nous paraît justifiée autant par la fréquence de l'affection dans la pratique journalière, que par l'utilité dans cette maladie d'un diagnostic précis. — La *pectoriloquie aphone* nous occupera en premier lieu.

Il y a *pectoriloquie,* selon Laënnec, lorsque la voix semble sortir directement de la poitrine et passer par le canal central du stéthoscope ou bien plus simplement, car de nos jours, l'auscultation des organes respiratoires se fait surtout avec l'oreille, comme si la poitrine même parlait dans l'oreille du médecin qui ausculte.

Mais Laënnec n'indiquait par là que la transmission à l'oreille de la parole à haute voix, du moins dans la majorité des cas.

Pour Laënnec ce signe ne se produisait que dans

une excavation pulmonaire, encore fallait-il, pour qu'il fut nettement perçu, que la caverne présentât certaines conditions, qu'elle fût superficielle, lisse, vide, etc.

Enfin, Laënnec admettait que la pectoriloquie pouvait être parfaite, imparfaite, ou douteuse suivant les cas.

MM. Barth et Roger, constatant que ce signe pouvait encore se rencontrer à l'auscultation de certaines pleurésies, et de plus que la pectoriloquie vraie de Laënnec était un signe rarement constaté, proposèrent de l'appeler *voix caverneuse*. Le mot pectoriloquie est resté, mais dans une acception limitée, à l'auscultation des cavernes.

Nous avons dit tout à l'heure que Laënnec n'indiquait sous le nom de pectoriloquie que la transmission à l'oreille de la parole à haute voix, du moins dans la majorité des cas. Cette restriction nous est imposée par ce fait que Laënnec avait déjà remarqué que chez certains phthisiques atteints de lésions du larynx et présentant une aphonie presque complète, la pectoriloquie ne cessait pas d'exister. C'était bien là de la pectoriloquie aphone, mais le fait fut constaté sans qu'aucune considération clinique s'y rattachât.

Dans les ouvrages classiques, notamment dans l'ouvrage de M. Le professeur Jaccoud, nous trouvons que certaines pleurésies, « à l'exception de la pectoriloquie articulée, fournissent tous les phénomènes propres aux excavations pulmonaires. »

C'est au docteur Baccelli, de Rome, que revient l'honneur d'avoir dans les *Archives de médecine, de Chirurgie et d'Hygiène de Rome*, en 1875, appelé l'attention sur le signe dont nous nous occupons en ce moment, et d'en avoir tiré d'importantes conclusions cliniques.

Avant d'entrer dans l'étude de ce signe, il nous faut le définir. « *Lorsqu'on ausculte la poitrine au niveau d'un épanchement de la plèvre* et *qu'on recommande au malade de parler à voix basse en scandant fortement les syllabes*, l'*oreille qui repose sur la* paroi *thoracique* distingue *assez souvent les mots qu'il prononce, et* c'est ce *phénomène auquel on donne le nom de pectoriloquie aphonique.* »

Cette définition que nous empruntons à M. Mercadier, a le défaut de ne pas indiquer suffisamment de quelle façon doit être pratiqué l'examen du malade lorsque l'on veut constater la pectoriloquie aphone. Nous allons tâcher de la compléter par quelques renseignements.

D'abord il n'est pas inutile de dire que l'on ne doit pas rechercher ce signe dans toutes les régions du thorax, et c'est uniquement à la partie postérieure qu'il doit être recherché, non pas qu'il n'existe pas à la partie antérieure, mais il nous paraît en ce point d'une moindre valeur.

M. Baccelli va même plus loin : on doit ausculter, dit-il, surtout à la partie inférieure de l'épanchement et en plaçant le malade de façon à ce que, autant que possible, l'axe des tuyaux aériens corresponde à l'axe du conduit auditif externe. Ici nous nous rangeons simplement à l'opinion de M. Guéneau de Mussy, qui considère ce principe comme n'étant pas indispensable ; aussi ne faisons nous que le mentionner.

Si donc nous voulons obtenir ce signe, un épanchement étant constaté, nous placerons l'oreille à la partie postérieure et inférieure de l'épanchement et c'est à ce moment que nous ferons parler le malade à voix basse.

Ici encore certaines précautions sont nécessaires, car il n'est pas toujours facile d'obtenir du malade qu'il parle réellement *à voix basse*. Les uns parlent haut ou demi-haut, ce qui ne rentre plus dans nos conditions, puisqu'il existe dans la pleurésie des modifications de la parole à haute voix, égophonie, qui peuvent masquer ou modifier la pectoriloquie. D'autres parlent des lèvres, ou pour mieux dire remuent les lèvres sans parler, et sans émettre de son bien net, ce qui est contraire à notre définition, puisque nous avons dit que le malade devait parler à voix basse, en scandant fortement les syllabes. C'est entre ces deux écueils qu'il faut se tenir, et l'on n'y arrive souvent qu'avec un peu de patience. Pour y réussir, le choix des paroles a une réelle importance.

Il faut choisir des syllabes rudes, sonores, vibrantes; le mot *trente-trois* paraît au Dr Baccelli réunir à peu près ces conditions, et de plus il ajoute une grande importance à la vibration transmise de la lettre *r*. C'est ce qui a été bien exprimé par M. Gueneau de Mussy quand il dit « il ne suffit pas que pendant la phonation, l'oreille appliquée sur la poitrine entende quelques syllabes de la voix chuchotée, quelques finales des mots, il faut qu'elle entende les mots entiers, nettement articulés, aussi distincts que si le malade vous chuchotait dans le conduit auditif.» (No. Gueneau de Mussy. Union médicale, 1876.) Enfin il est utile de se boucher l'oreille libre.

Lorsque l'on a pris pour l'examen du malade toutes les précautions que nous venons d'indiquer, si l'oreille qui ausculte perçoit nettement, comme nous venons de le spécifier, les mots bien articulés et entiers, il y aura *pectoriloquie aphone*, et l'on pourra dire, en employant les termes dont se servait Laënnec, parlant de la pectoriloquie ordinaire, qu'elle est *parfaite.* Dans d'autres cas, au contraire, la transmission sera moins complète et le mot pourra présenter à l'oreille tous les intermédiaires, depuis la transmission parfaite jusqu'à un murmure confus ; c'est ainsi que, si nous conservons comme exemple le mot *trente-trois*, les principaux sons perçus par l'oreille seraient d'abord la disparition de la vibration de l'*r*, et l'on entendrait seulement *tente-tois*, puis le *t* ne serait plus transmis, on aurait *ente-ois*, etc.

Nous ne nous occuperons, en premier lieu, que de la *pectriloquie aphone parfaite*, nous réservant de dire quelques mots en terminant sur la pectriloquie imparfaite et sa valeur,

Dans quelles affections existe ce symptôme ? Tel est le point qui nous reste encore à examiner.

La pectoriloquie aphone parfaite est symptomatique d'une pleurésie avec épanchement séreux, dit le professeur Baccelli, et cette assertion est acceptée par son traducteur et commentateur M. le Dr N. Guéneau de Mussy. Pour notre part, nous avons eu plusieurs fois l'occasion de la vérifier. Il est bien entendu que nous entendons par épanchement séreux non pas un épanchement uniquement composé de sérosité, épanchement qu'on ne rencontre que dans l'hydrothorax, mais bien l'épanchement séro-fibrineux habituel dans les pleurésies aiguës simples avec épanchement.

La pectoriloquie aphone n'existe pas dans les pleurésies avec épanchements contenant des éléments figurés, telle est la seconde proposition. Ici encore les vérifications cliniques à l'appui ne font pas défaut, et nous avons pu aussi en constater quelques-uns. Mais les deux propositions n'ont pas été acceptées sans discussion. De bien des endroits se sont élevées des contestations dont nous allons examiner la valeur. Les faits invoqués contre le signe de Baccelli peuvent être rangés en deux classes :

En premier lieu, la pectoriloquie aphone a manqué dans des pleurésies à épanchement séreux; en second lieu, la pectoriloquie aphone existait dans des épanchements manifestement purulents.

La première de ces deux objections a été à la fois posée et résolue par M. Guéneau de Mussy. « Dans plusieurs cas d'épanchement séreux, dit-il, j'ai pu m'apercevoir que l'on ne percevait la pectoriloquie aphone qu'après une série de grandes inspirations. » Il se demande alors si ce phénomène ne devrait pas être attribué à ce que l'atélectasie des couches superficielles du poumon avait modifié la transsonnance, laquelle a reparu après les grandes inspirations qui avaient eu pour résultat de modifier cette atélectasie. Ce n'est donc pas là une objection grave, mais il en résulte que, tout en prenant les précautions que nous avons signalées, il faudra encore faire faire au malade de grandes inspirations avant de l'ausculter.

La deuxième objection consiste à exposer un certain nombre d'observations où la pectoriloquie aphone a été constatée alors que l'épanchement était purulent, et nous parlons ici des cas où la purulence avait été constatée avant l'auscultation de la pectoriloquie aphonique, par une ponction aspiratrice, par exemple, puisque là il n'est pas possible de discuter la nature du liquide contenu dans la plèvre. Or, il est un fait presque universellement constaté dans toutes les observations signalées comme contradictoires, c'est que la pectoriloquie, au lieu d'exister dans une grande étendue, ne pouvait guère être constatée qu'à la partie supérieure de l'épanchement. La réponse ne s'est pas fait attendre, et l'explication donnée a été la suivante : « Les éléments figurés se rencontrent surtout à la partie déclive de la plèvre, et la partie supérieure du liquide, modifiée par cette accumulation due à la pesanteur, présente, au point de vue de la constitution du liquide, une grande analogie avec les épanchements séreux. »

A cet argument, nous croyons bon d'en ajouter un autre. Dans toutes les observations qui ont été signalées comme contradictoires, on se contente de dire qu'il y a eu pectoriloquie aphone, sans nous dire de quelle façon était perçue la prononciation des syllabes. Or, nous avons insisté sur certaines consonnances, telles que la vibration des *r*, il ne nous paraît pas qu'on ait pris cette précaution, et nous nous croyons autorisé à rejeter comme douteux ces différents cas ou tout au moins comme non démonstratifs.

Enfin, parmi les auteurs qui ont combattu la valeur de la pectoriloquie aphone, nous rencontrons une observation citée comme concluante par le Dr Chopinet (*Union médicale*, 76). Dans cette observation, la pectoriloquie avait été constatée en avant, et l'on ajoute : elle existe à un *degré moindre* dans toute l'étendue de la poitrine en arrière. Enfin, après avoir donné issue à du pus, la ponction aspiratrice et l'empyème ont donné issue à une certaine quantité de sérosité. On nous permettra donc de mettre en doute la valeur de cette observation.

Que conclure de ce qui précède ? Cela nous paraît simple :

La pectoriloquie aphone est, dans la pleurésie, déjà constatée par les signes ordinaires, un signe important de diagnostic au point de vue de l'épanchement. Lorsqu'elle existe parfaite, complète, avec la vibration de toutes les consonnes, à la partie postérieure de la poitrine et dans toute l'étendue de l'épanchement, l'épanchement est séreux.

Et, comme corollaire nécessaire : *Lorsque, dans un épanchement dans la plèvre, la pectoriloquie aphonique n'existe pas, l'épanchement n'est pas séreux* ; mais ici l'extension est beaucoup moindre, car nous n'avons qu'à écarter l'épanchement séreux, sans aucun signe différentiel pour les différentes variétés des autres épanchements ; nous examinerons d'ailleurs plus tard ces différents cas.

En troisième lieu, la pectoriloquie aphone acquiert une valeur diagnostique commune en ce sens que, *lorsqu'elle existera, on ne pourra songer qu'à l'existence d'un épanchement pleural ou d'une caverne*, puisque, dans les observations publiées jusqu'à ce jour, il n'est pas question d'autres affections où elle ait été rencontrée. — L., *Interne des Hôpitaux.*

(*A suivre.*)

II

DE L'OSTEO-MYÉLITE DE LA CROISSANCE.

Si l'on consulte les travaux histologiques modernes et notamment ceux de M. Ranvier, sur la constitution de l'os, on voit qu'il est essentiellement constitué par le périoste, le tissu osseux et la moelle. Cette dernière

double le périoste ou plutôt constitue sa face profonde, remplit le canal des os longs et les canaux de Havers, *elle baigne l'os* de toutes parts, pour nous servir de l'expression de M Ranvier. Son rôle physiologique est capital dans l'histoire du développement de l'os.

Dans la moelle osseuse, on observe : 1° des cellules arrondies, petites (10 à 15 m. de m) granuleuses, avec un noyau volumineux, bien nettement limitées à leur contour ; ce sont les médullocelles de Robin ; 2° des grandes cellules irrégulières, à noyaux multiples, ce sont les myéloplaxes de Robin ; 3° des cellules plasmatiques ; 4° des cellules adipeuses (Cornil et Ranvier.)

D'après son siège, la moelle peut se diviser en périostale, en interstitielle (dans les canaux de Havers) et en endostale.

Tous les phénomènes de génération, de prolifération, d'irritation, de suppuration, s'accompagnent de génèse, d'organisation, de dégénérescense des éléments de la moelle ; médullocèlles et myéloplaxes.

Aussi au point de vue histologique n'y a-t-il pas lieu de distinguer et de décrire séparément la périostite, l'ostéite, l'ostéo-myélite. Toutes ces affections sont caractérisées par les phénomènes qui se passent dans la moelle. Toute ostéite n'est donc en réalité qu'une ostéo-myélite.

Si l'on admet ces données on appliquera légitimement le terme d'ostéo-myélite des adolescents, à cette affection si curieuse, à forme protéïque, à terminaison si souvent funeste, qui a reçu les noms divers d'abcès sous-périostique, de périostite phlegmoneuse diffuse, d'ostéo-périostite épiphysaire, de typhus des membres, de fièvre des os chez les adolescents, et qui vient de faire l'objet d'une double discussion à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, à la suite d'un remarquable travail de M. Lannelongue et d'un rapport de M. Panas.

Pour M. Lannelongue, qui s'inspire des travaux modernes, le point do départ de l'ostéite des adolescents réside dans les cellules de la moelle qui remplissent les aréoles du tissu spongieux, Si on pratique une coupe longitudinale sur un tibia ou un fémur atteint d'ostéite epiphysaire, on voit que la partie spongieuse de la diaphyse, celle qui est voisine du cartilage épiphysaire, est infiltrée de pus. Plus tard le canal médullaire s'en remplit également et si, comme cela arrive le plus souvent, la moelle périostale suppure, l'os totalement enveloppé dans le pus ne tarde pas à se nécroser. M. Lannelongue a vainement cherché des observations d'abcès osseux aigus, ayant amené la mort sans présenter de lésion intra-osseuse.

C'est là, pour lui, une preuve nouvelle de l'origine centrale de l'ostéo-myélite.

La discussion qui s'est engagée sur la communication de M. Lannelongue a eu une grande importance, car en se basant sur sa théorie du point de départ du processus inflammatoire, le chirurgien préconise un mode de traitement presque nouveau de cette redoutable affection. Redoutable en effet, car la mortalité qui résulte de l'ostéo-myélite est vraiment effrayante. Sur 100 observations rassemblées, M. Lannelongue a trouvé 70 morts. Sur les 30 guérisons, 5 ont été obtenues par amputation, 5 par résection, 5 par trépanation, 4 seulement ont été obtenues sans nécrose. En somme, la guérison est rare et ne survient, en général, qu'à la suite des opérations les plus graves et au prix de nécroses plus ou moins étendues.

Le traitement que conseille M. Lannelongue est la trépanation qui, dans trois cas, a été suivie de succès, en même temps qu'elle lui fournissait une confirmation de sa théorie de l'origine centrale de l'ostéo-myélite.

Il y a deux points à examiner dans le travail de M. Lannelongue.

Les recherches histologiques modernes lui donnent entièrement raison pour ce qui regarde la dénomination qu'il attribue à cette maladie à riche synonymie. C'est, en effet, la moelle osseuse qui s'enflamme et suppure. A ce titre, le terme d'ostéo-myélite est rigoureusement exact, c'est le premier point. Le second est plus contestable, c'est le lieu d'origine qu'il assigne à la maladie.

L'opinion de M. Lannelongue a été d'ailleurs très vivement combattue par M. Gosselin. L'éminent clinicien a contesté et discuté deux points : la propriété du terme ostéo-myélite, et l'origine de l'affection.

Le terme d'ostéo-myélite ne peut convenir, car, pour lui, la vraie moelle est uniquement renfermée dans les vacuoles du tissu spongieux et dans le canal médullaire. Nous n'avons pas le droit, dans l'état actuel de la science, dit M. Gosselin, de prétendre que la très-minime matière organique qui se trouve sous lo périoste, après la naissance, est une couche distincte de ce dernier, formant un tissu spécial, semblable à celui qui, dans les grandes espaces des os, s'est de tout temps appelé la moelle. La moelle des canaux de Havers n'existe pas davantage. Dans l'ostéite on ne trouve pas de prolifération des médullocelles, il n'est question pour les histologistes que de cellules embryonnaires ou ostéoplastes.

Ce qui cause sur ce point la confusion de M. Gosselin c'est la complexité des termes employés par les histologistes. En effet, les cellules qui existent sous le périoste et que l'on appelle aujourd'hui des *ostéoplastes,* ne sont autres que de médullocelles. Ce sont deux états différents d'une même chose. C'est un point histologiquement démontré et qui, comme le faisait remarquer M. Trélat, ne peut être infirmé par les dénégations de qui que ce soit.

Dès lors on comprend que M. Gossolin ne veuille pas appliquer le mot d'ostéo-myélite à l'affection qu'il a d'ailleurs si magistralement décrite, au point de vue clinique, sous le nom d'ostéite épiphysaire des adolescents, car il ne peut admettre que son origine soit précisément là où, pour lui, il y a seulement de la moelle. Il croit au contraire qu'au point où le

processus inflammatoire se développe, il n'y a pas de moelle. Il lui est donc impossible d'adopter ce mot d'ostéo-myélite qui ne répond pas à la généralité des cas. M. Gosselin est parfaitement logique, mais il est aussi en désaccord avec l'histologie contemporaine. Ce qu'il faut bien comprendre, c'est que le terme ostéo-myélite pourrait encore être accepté, alors même que le point de départ de l'affection ne serait pas celui qu'indique M. Lannelongue. C'est toujours la moelle des os, qui est le siège du processus inflammatoire, et c'est pourquoi le terme d'ostéo-myélite convient parfaitement à ces affections.

Quant à la question de l'origine soulevée par M. Lannelongue, elle peut être discutée et sa solution est infiniment moins nette.

M. Lannelongue donne comme preuve de son opinion sur l'origine centrale de l'ostéo-myélite, qu'aucune observation ne montre le canal médullaire intact. M. Panas, qui sur beaucoup de points est d'accord avec M. Lannelongue, lui répond, à ce sujet, par un argument du même genre : A-t-on des pièces anatomiques recueillies dès les premiers jours de la maladie et montrant la moelle endostale malade, alors que le périoste serait exempt de toute inflammation? M. Panas est moins affirmatif d'ailleurs que M. Lannelongue. Il reconnaît qu'on ne peut dénier au périoste ou plutôt à la moelle périostale la possibilité de s'enflammer la première, au moins dans un certain nombre de cas.

De plus, fait observer M. Gosselin, dans l'ostéite aiguë des adolescents quel qu'en soit le point de départ, la totalité de l'os ne tarde pas à se prendre et, au point de vue pratique, la chose importante est de savoir où le pus est collecté. Et l'expérience apprend qu'il peut se collecter sous le périoste, souvent au niveau de la ligne épiphysaire et enfin dans le canal médullaire. L'inflammation est générale dans tous les cas, alors même que le pus reste circonscrit.

On ne peut donc pas plus admettre, dit-il, une *ostéo-myélite* primitive qu'une *périostite*, et ce terme d'ostéo-myélite employé indifféremment pour tous les cas, pour ceux où l'ostéite ne suppure pas, comme pour ceux où elle suppure superficiellement, comme pour ceux où elle suppure profondément, ne peut que jeter le trouble et la confusion dans l'esprit des chirurgiens. Le nom d'ostéite, en y joignant les mots épiphysaire aiguë, est donc encore le meilleur terme, quitte à lui ajouter, suivant les formes et les périodes de l'affection, les épithètes sous-périostique, chondro-ostéique, médullaire.

Le mot épiphysaire a encore ce mérite, et cet avantage, pour M. Gosselin, d'exprimer toujours une idée juste. En effet, il indique d'abord une ostéite développée sur un os qui a encore une partie de ses cartilages épiphysaires. Il indique, en outre, que cette ostéite a pour cause prédisposante l'activité de la nutrition des os, pour l'accroissement en longueur et pour la soudure des épiphyses. Il fait savoir, ce qui est vrai dans le plus grand nombre des cas, que l'inflammation a son foyer principal entre la diaphyse ou l'épiphyse et le cartillage adjacent. Il prévient le clinicien que si la suppuration arrive dans ce point une disjonction, un décollement épiphysaire va s'opérer. Il indique, enfin, que l'inflammation peut occuper exclusivement ou principalement l'épiphyse proprement dite et prévient ainsi le praticien que l'articulation voisine peut être envahie.

M. Gosselin fait remarquer aussi, que le mot d'ostéite épiphysaire est bon encore pour désigner une autre variété de maladie de la croissance qui n'avait été jusqu'à ses travaux, ni formulé ni bien comprise. Il s'applique encore à l'ostéite subaiguë, lente, apyrétique, qui ne se termine pas par suppuration et qui est, par conséquent, sans gravité. Cette ostéite se rencontre surtout à la jonction de l'épiphyse supérieure avec la diaphyse du tibia, au voisinage de la malléole interne, au grand trochanter, parfois au col du fémur où elle peut donner le change pour une coxalgie. Ce n'est pas là une maladie diathésique, c'est une lésion locale, toute limitée, qui ne suppure pas, qui ne s'aggrave pas et dont le repos et une compression modérée suffisent pour avoir raison.

On voit que le point de vue auquel se place M. Gosselin est purement clinique. Mais infirme-t-il les résultats de l'histologie que nous avons rappelés plus haut. Il est certain que le terme d'ostéo-myélite a l'avantage de répondre à l'observation des faits. L'ostéo-myélite est un terme général qui convient à toutes les altérations des os. Il a l'avantage de rappeler au praticien cette tendance à la propagation rapide de l'inflammation. Rien ne serait plus facile en acceptant les données de l'histologie normale et pathologique que de respecter les enseignements de la clinique. Comme l'a fait remarquer M. Trélat, il est aisé de distinguer les unes des autres toutes les variétés d'inflammations des os, en décrivant des ostéo-myélites endostales, périostales, médiostales ou osseuses quant au siége de la lésion; en ostéo-myélite aiguë, subaiguë, phlegmoneuse, etc., quant à la marche. Enfin la maladie n'atteint pas toujours les os pourvus d'épiphyse, et elle n'est pas non plus absolument spéciale à l'adolescence.

MM. Tillaux, Marjolin, Berger et Verneuil ont regretté aussi la tendance à confondre la périostite et l'ostéo-myélite. Il y a des abcès sous-périostiques, n'atteignant que la surface de l'os et guérissant par l'incision simple, tandis que dans d'autres cas les canaux de Havers et la moelle sont atteints et que l'incision simple ne suffit plus. Cette objection serait fondée si par le fait même de l'emploi du mot proposé par MM. Lannelongue et Trélat comme terme général, le chirurgien négligeait les enseignements de la clinique. Il s'agit bien d'une même maladie, mais différente au point de vue clinique. Un symptôme important, rappelé par M. Lannelongue, est la dilatation des veines superficielles au-dessus de la

tumeur. Quand elle est très-accusée, elle révèle que la pyohémie existe déjà puisqu'elle indique des oblitérations profondes par les produits purulents. Enfin Chassaignac avait signalé l'importance de l'état de l'articulation voisine dont l'envahissement peut faire pencher le chirurgien pour une ostéo-myélite.

Nous avons vu que le point d'origine de l'inflammation osseuse donne lieu à des discussions qui ne permettent pas de trancher la question. Pour les uns comme Schutzenberger, Giraldès, le périoste s'enflamme le premier. (Ostéo-myélite périostale), Pour d'autres comme Chassaignac, c'est la moelle centrale (ostéo-myélite endostale); enfin M. Gosselin donne au cartilage épiphysaire et à la suractivité, dont il est le siége, la part prépondérante.

Dans une leçon clinique, publiée récemment, M. le professeur Richet professe que, même dès le début, on peut observer trois formes bien distinctes.

1° La périostite phlegmoneuse.

2° La myélite isolée.

3° Enfin, l'ostéite seule ou l'ostéo-myélite que MM. Lannelongue, Panas et Trélat déclarent être constamment l'affection primitive.

Que la moelle osseuse périostale, ou endostale, ou osseuse soit l'une, à l'exclusion des autres, le point de départ du processus inflammatoire, la discussion aura eu le mérite d'élucider les idées qu'on doit se faire à l'heure actuelle sur la maladie qui nous occupe. Elle contribuera sans doute à débarrasser la science de cette synonymie parfois dangereuse qui n'a plus raison d'être devant les recherches anatomiques et anatomo-pathologiques modernes. Cette discussion aura eu encore l'avantage de mettre en lumière un mode de traitement dont l'utilité n'est pas contestée par M. Gosselin: il s'agit de la trépanation osseuse.

Le moyen généralement employée jusqu'ici est l'incision dont la profondeur est graduée sur la profondeur même de la lésion. En général l'indication de l'opération est fournie par la fièvre, la douleur et l'empâtement, la fluctuation n'étant manifeste que dans l'abcès sous-périostique, dans l'ostéo-myélite périostale. M. Gosselin ouvre largement et de bonne heure, il passe un drain et fait des injections phéniquées, guidé qu'il est par la crainte de voir passer l'ostéite à l'état d'ostéo-myélite.

Suivant M. Alphonse Guérin tout se passe dans l'ostéo-périostite aiguë compliquée de myélite comme dans un phlegmon diffus, il y a du pus partout. Guidé par l'analogie qui existe entre la périostite phlegmoneuse et le panaris, il pratique, non-seulement, le débridement de la peau, du tissu cellulaire et des gaînes musculaires, mais encore le débridement du périoste dans une grande étendue.

Dans les cas d'ostéite épiphysaire des adolescents de M. Gosselin, quand l'inflammation siége au niveau des épiphyses et qu'elle donne lieu à des ramollissements très-notables de la substance de l'os, M. A. Guérin en profite pour plonger hardiment et avec force, un scalpel à dos fort, dont il se sert pour opérer le débridement des cellules osseuses enflammées. Il ponctionne seulement la peau et la lame compacte de l'os, mais il débride largement son tissu aréolaire qui se trouve étranglé par l'impossibilité où il est de repousser le tissu compacte qui l'enveloppe, ce n'est pas une incision sous-cutanée, mais une incision sous-corticale. M. A. Guérin pose ensuite son appareil ouaté et obtient ainsi des guérisons.

M. Lannelongue, guidé par la vue théorique que l'inflammation débute par les parties profondes de l'os, préconise la trépanation. Cette opération a l'avantage de ne pas présenter de dangers, et avant même M. Lannelongue elle avait donné des succès à quelques chirurgiens (Morven, Smith, Franck, Bœckel, Klezkowski).

M. Gosselin propose dans les cas d'ostéom-yélite endostale douteuse, de faire une ou plusieurs trépanations exploratrices que l'on remplacerait par une trépanation plus complète dans le cas où la présence du pus serait reconnue. « Maintenant, dit-il, que l'opération est proposée par un chirurgien aussi sérieux que M. Lannelongue, il ne s'agit plus que de la régulariser en en faisant un moyen de diagnostic en même temps qu'un moyen de traitement. »

Sur cinq malades traités par M. Lannelongue depuis le commencement de l'année, deux ont succombé, trois ont guéri. Les trois guérisons ont été obtenues par la trépanation ; sur les deux morts, l'un avait été amputé, l'autre trépané. Ces résultats sont encourageants, surtout si l'on considère qu'autrefois sur dix malades le même chirurgien avait eu dix morts.

COURS PUBLIC

ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE LARYNGOSCOPIE ET DE LARYNGOLOGIE DU Dr CADIER

SOMMAIRE : Historique et découverte du laryngoscope. — différents perfectionnements. — Description du laryngoscope du Dr Cadier et règles à observer pour l'examen du larynx. — Difficultés de l'exploration.

L'étude des maladies du larynx n'a commencé à être faite, d'une manière scientifique, qu'après la découverte d'un moyen d'éclairage assez perfectionné et assez commode pour permettre l'examen des parties les plus profondes du larynx.

De 1825 à 1857 différents modes d'éclairage du larynx furent essayés par Babington, Bennati, Warden, etc. Tous ces appareils étaient composés de deux miroirs éclairés par la lumière solaire. En 1854, Garcia eut recours au même procédé pour faire de

l'auto-laryngoscopie et étudier sur lui-même, les mouvements des cordes vocales pendant l'émission des différentes notes de la gamme ; il ne réussit qu'à voir la partie postérieure des cordes vocales.

Tous ces appareils avaient le défaut capital d'être éclairés par la lumière solaire, dont on ne peut disposer qu'à de très-rares intervalles ; ce qui rendait impossible leur vulgarisation.

En 1857, Czermak, le premier, eut recours à la lumière artificielle d'une lampe, réfléchie par un premier miroir concave qui la concentrait sur le miroir laryngien placé en avant de la face postérieure du pharynx. Grâce à ce perfectionnement, il fut possible de faire des études suivies et d'examiner les malades sans attendre l'apparition d'un rayon de soleil.

Quelques années plus tard, par l'adjonction d'une lentille plan convexe entre la lampe et le malade, Moura-Bourouillon obtint un éclairage un peu plus intense et rendit ainsi l'examen plus facile.

Tous les laryngoscopes à une lentille sont construits sur le modèle de celui de Moura et se composent d'un anneau ou d'une pince pour serrer le col de la lampe, aux deux extrémités opposées du diamètre de cet anneau, sont ajustés, d'un côté, un miroir concave et, de l'autre, une lentille plan convexe.

Avec tous ces laryngoscopes, la lumière est insuffisante, et il est impossible de distinguer les différences de coloration des diverses parties du larynx ; aussi, pour obvier à cet inconvénient, on a remplacé la lampe par une source de lumière plus puissante.

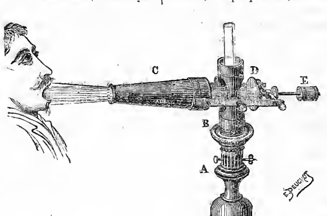
La lumière oxihydrique, avec l'appareil de Dubosq perfectionné par Drummond et Molteni, est la plus employée ; mais cet appareil exige une installation toute spéciale et très-dispendieuse ; de plus, il est impossible à transporter et quelquefois très difficile à régler.

La lumière électrique comporte également l'achat d'appareils très-compliqués et très-dispendieux ; cependant, cette question est très-étudiée depuis quelques mois, et je souhaite que l'on arrive à se procurer facilement de petites bougies électriques pour remplacer la lampe de l'éclairage ordinaire ; mais je crains que ce perfectionnement ne puisse être réalisé que dans un avenir encore assez éloigné.

Dans le but d'obtenir un éclairage assez intense pour examiner facilement toutes les parties de l'appareil vocal et que l'on puisse adapter à toute lampe ordinaire à huile ou à essence minérale, j'ai fait construire mon laryngoscope, qui est, je crois, destiné à vulgariser les études laryngoscopiques.

Cet appareil, qui a été présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 26 février 1878, présente non-seulement l'avantage d'un éclairage suffisant avec une source de lumière que l'on trouve partout, la lampe ordinaire, mais il est encore d'une adaptation très-commode qui lui permet de s'adapter à toutes les tables. Il jouit, de plus, d'une mobilité absolue dans le sens vertical et dans le sens horizontal, de telle sorte que le foyer lumineux va le plus aisément du monde à la recherche des points à éclairer. Avec cet instrument, le médecin se place sur le côté et en avant de la lumière directe de la lampe et n'est point gêné par elle.

La partie C D E, qui forme l'appareil éclairant, est reliée par une tige de cuivre en équilibre sur les tourillons, ce qui permet, au moyen d'une vis de pression, d'immobiliser la projection lumineuse dans la direction voulue.



Laryngoscope du Dr CADIER.

A Lampe à huile ordinaire.
B Manchon portant le laryngoscope sur deux tourillons avec pan de mir pour en régler la hauteur.
C Tube cônique de cuivre avec lentille.
D Reflecteur.
E Contre-poids.

Le tube conique de cuivre C renferme deux lentilles destinées à concentrer les rayons lumineux réfléchis par le réflecteur D. La lentille située auprès de la lampe est plan convexe et sa surface plane regarde le foyer lumineux ; la lentille située à l'autre extrémité du tube est bi-convexe et d'un diamètre beaucoup plus petit que la première.

En plus de ces différents appareils d'éclairage, il faut, pour faire l'examen du larynx, placer au fond de la bouche du malade un petit miroir appelé miroir laryngien dont la forme a subi différentes transformations. Au début, on avait recours à des miroirs ronds ou ovales et à surface concave pour obtenir un éclairage meilleur du larynx et une image amplifiée ; on y a depuis longtemps renoncé, et le miroir laryngien le plus facile à manier, se compose d'un petit miroir de verre à surface plane et en forme de carré à angles arrondis ; ce miroir est fixé à un manche par l'intermédiaire d'une tige très-flexible, et il forme avec cette tige un angle de 120° ; les dimensions de ce miroir peuvent varier selon les sujets, et il est bon d'en avoir deux ou trois grandeurs différentes ; les plus petits seront plus commodes pour faire un examen rhinoscopique.

Maniement du laryngoscope.

Même avec un très bon laryngoscope, l'examen de l'appareil vocal présente quelquefois d'assez grandes difficultés ; mais, le plus souvent, cet examen est assez facile lorsque l'on procède avec méthode et que l'on suit exactement les préceptes suivants :

Diriger d'abord le centre du rayon lumineux vers la partie moyenne de la luette, la bouche du malade ; étant largement ouverte.

Pour éviter que le miroir se ternisse par la condensation des vapeurs d'eau expirées, il faut le chauffer au-dessus de la lampe qui sert à l'éclairage ; il est important de présenter toujours le miroir au-dessus de la flamme par sa face réfléchissante et de s'assurer, avec le dos de la main, qu'il n'est pas trop chauffé. On fait tirer la langue du malade et on la maintient dans cette position en tenant son extrémité avec un linge tenu de la main gauche.

Le miroir laryngien est alors tenu de la main droite, soit comme une plume à écrire, soit comme une fourchette; j'ai recours personnellement à cette seconde manière, ce qui me procure l'avantage de n'avoir pas à changer la position de ma main lorsqu'à la place du miroir je tiens un porte-caustique ou une pince á polype.

Il faut porter le miroir laryngien directement à la partie postérieure du pharynx, en ayant soin de l'appliquer sans tâtonnement à la place qu'il doit occuper pour faire l'examen. Ce temps de l'opération a une très-grande importance, et l'on ne saurait trop s'y exercer, car s'il est mal exécuté, il rend impossible l'examen du larynx; pour faciliter cet exercice, j'ai fait construire un laryngo-fantôme en caoutchouc qui me rend chaque jour de très-grands services á ma clinique pour exercer mes élèves au maniement du laryngoscope. La pression du miroir sur la paroi postérieure du pharynx doit être assez forte pour éviter au malade la sensation de chatouillement qui rendrait l'examen impossible.

Afin d'examiner successivement toutes les parties du larynx, il faut faire basculer légèrement le miroir sur son bord le plus inférieur; plus on redresse le miroir et plus on rend facile l'examen des parties antérieures du larynx; il faut alors l'abaisser pour l'examen des parties postérieures; il faut, de plus, faire fonctionner l'appareil vocal pendant l'examen, afin de bien voir si quelques-uns des mouvements ne sont pas incomplets. Pour cet examen, on fait prononcer au malade la voyelle *è* ou *a*, et, si quelques parties du larynx sont mues moins parfaitement, on fera donner un son plus aigu dont l'émission nécessite l'élévation du larynx et rend par conséquent cet examen plus facile.

L'image obtenue dans le miroir est verticale ; les parties antérieures du larynx sont en haut ; les côtés droit et gauche n'ont pas changé par rapport au malade. Cette image est donc redressée et non pas renversée.

Difficultés de l'exploration.

Plusieurs obstacles peuvent gêner l'examen laryngoscopique ; nous allons passer en revue ceux qui se présentent le plus fréquemment, et je vous enseignerai les moyens les plus convenables pour les surmonter le plus facilement.

1° Ouverture insuffisante de la bouche. — Il est très-rare que cet obstacle tienne à une cause matérielle ; il est occasionné ordinairement par un état nerveux du malade, et il suffit d'un peu de patience pour faire son éducation à ce sujet. Le moyen qui réussit le plus souvent est de faire devant lui l'examen d'un autre malade.

2° Langue en dos d'âne. — Ce relèvement de la partie postérieure de la langue est souvent difficile à vaincre ; certains malades sont très-peu maîtres des mouvements de leur langue, et le plus sûr moyen, dans ces cas, est de les poser devant une glace et de les faire s'exercer à voir eux-mêmes leur pharynx sans le secours d'une cuillère.

3° Sensibilité exagérée de la muqueuse palatine et de la luette. — Certains malades, et ce sont le plus souvent des arthritiques atteints de dyspepsie, certains malades ont une telle sensibilité réflexe de la muqueuse palatine que le moindre contact suffit pour leur donner des nausées ; cette sensibilité est d'autant plus difficile à vaincre qu'elle est liée le plus souvent à un état dyspeptique du malade, état que l'on ne peut pas modifier du jour au lendemain. Dans ces cas, il faut avoir recours à une anesthésie, quelquefois générale, par le bromure de potassium, mais surtout locale en faisant sucer un morceau de glace, ou par un gargarisme au bromure de potassium et à la morphine, ou, mieux encore, au moyen d'une pulvérisation de quelques minutes avec le mélange suivant :

Pulvérisation :

Bromure de potassium.	4 gr.
Hydrochlorate de morphine. . . .	0 » 01
Eau distillée.	10 »

La moitié pour une pulvérisation faite quelques minutes avant l'application du miroir.

Il est indispensable, dans ces cas, d'avoir une grande dextérité et de placer vivement le miroir laryngien pour faire un examen rapide des parties les plus importantes.

4° Hypertrophie de la luette. — Il est très-rare que cette hypertrophie soit un obstacle sérieux à l'examen du larynx ; lorsqu'elle est trop volumineuse, on peut chercher à la diminuer par des cautérisations ; on a même conseillé d'en pratiquer l'excision, mais c'est une opération dont on a singulièrement abusé et qu'il ne faut pratiquer que dans un but thérapeutique. Les différents relève-luette imaginés pour remédier à l'hypertrophie de cet organe sont difficiles à manier, et le moyen le plus pratique consiste à placer son miroir aussi bas que possible et à l'ap-

puyer fortement sur la luette, que l'on comprime alors contre la paroi postérieure du pharynx.

5° Hypertrophie des amygdales. — Lorsque les amygdales sont volumineuses, il faut se servir d'un miroir très-petit; lorsqu'elles sont assez volumineuses pour gêner l'examen, même avec un petit miroir, il faut alors avoir recours à la cautérisation pour les diminuer de volume ou en faire l'ablation avec un amygdalatame.

6° Abaissement de l'épiglotte. — L'épiglotte est la partie du larynx qui présente le plus de variations individuelles dans ses dimensions et dans sa forme : c'est la partie qui donne à chaque appareil vocal sa physionomie spéciale. Dans certains cas, l'ouverture laissée par les deux bords de l'épiglotte n'est pas assez considérable pour permettre un examen bien complet du larynx; mais dans les cas où cet organe est très-abaissé, tout examen devient impossible par les moyens ordinaires; il faut alors placer le miroir très-bas et le foyer lumineux très-haut et même avoir recours à un moyen artificiel pour relever l'épiglotte. Divers appareils et pinces ont été imaginés dans ce but, mais ils sont tous d'un maniement difficile, le moyen le plus simple est, le plus ordinairement, de pratiquer une ou deux cautérisations du ligament glosso-épiglottique; le tissu cicatriciel relève alors l'épiglotte en vertu de sa rétraction.

L'examen de la partie postérieure des fosses nasales se fait avec un miroir très-petit et en ayant soin de renverser le miroir après l'avoir placé en arrière de la luette. Pour faciliter cet examen, il faut faire prononcer au malade le son nasal AN; cette émission exige, en effet, l'abaissement du voile du palais et son écartement de la paroi postérieure du pharynx. Cet espace est quelquefois très-peu considérable et devient alors un obstacle à l'application du miroir rhinoscopique.

Ces examens exigent une assez grande habitude, et je ne saurais trop recommander de ne jamais négliger les occasions qui peuvent se présenter pour s'exercer à les faire avec rapidité.

(A suivre.)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement de la Paralysie agitante.

L'inefficacité des nombreux agents thérapeuthiques essayés contre cette affection, nous engage à faire connaître le mode de traitement préconisé par M. Hammond.

Ce traitement consiste dans l'application du courant continu sur la moelle épinière, sur le grand sympathique et sur les muscles affectés, ainsi que dans l'administration simultanée de la strychnine et du phosphore.

Voici la formule donnée par Hammond.

Prenez :	Phosphure de zinc.	0 15
	Extrait de noix vomique. . .	0 30
	Conserve de roses.	q. s.
	F. S. A. 30 pilules.	

Prendre une pilule trois fois par jour.

A ce traitement, il faut joindre l'emploi d'un régime tonique et l'éloignement de toute excitation mentale ou physique.

Hammond a eu six cas heureux dont 4 cas par ce traitement dans l'espace de deux mois.

Rappelons à ce propos que Trousseau avait déjà préconisé la strychnine, sans d'ailleurs, en avoir retiré avantage.

M. le professeur Charcot a essayé différents médicaments qu'il déclare absolument inefficaces, entre autres le nitrate d'argent. Il se borne à recommander l'usage des courants continus.

Voici d'après M. le docteur Onimus, les règles qui doivent présider à l'emploi des courants continus dans ces cas :

On électrise d'abord la moelle dans sa partie supérieure, avec un courant ascendant assez intense ; le pôle négatif est placé à la base du crâne et le pôle positif sur les vertèbres cervicales et sur le gauglion cervical supérieur. Si la paralysie est localisée dans un des membres supérieurs, on place également pendant une partie de la séance, le pôle positif sur le plexus brachial, le pôle négatif étant maintenu sur la nuque.

M. Onimus, pas plus que M. Charcot, n'a obtenu de guérison.

Antagonistes du bromure de potassium.

Les antagonistes du bromure de potassium sont les stimulants vasculaires et nerveux, l'alcool, l'opium, la chaleur.

Le bromure de potassium n'a presque aucune analogie d'action avec les autres sels de potasse, ses effets sur le cœur et les vaisseaux, notamment, diffèrent entièrement. C'est pourquoi il est impossible de lui substituer un autre sel de potasse, le nitrate ou le chlorate, comme on l'avait proposé en Allemagne. Il est évident que dans le bromure, le brome joue un rôle sinon exclusif, au moins prépondérant. Ce qui le prouve d'ailleurs, ce sont les expériences de Starck (1874), qui constata tous les effets de l'intoxication bromique, après l'usage du bromure de sodium : troubles nerveux, exanthèmes, etc., cependant en partant de cette donnée il ne faudrait pas croire qu'il soit avantageux de substituer le sel de soude au sel de potasse. Si les deux bromures agissent de la même façon, c'est avec une intensité très différente.

S'il y a antagoniste entre les sels de potasse et le bromure de cette base, on comprend l'intérêt pratique de n'employer le bromure que parfaitement exempt d'iodure.

Cependant il y a des cas où il peut être avantageux de combiner leur action. Si l'iodure de potassium est l'antagoniste du bromure en ce sens que les effets excitants de l'iodure sont combattus par les effets déprimants du bromure, ils jouissent d'une action analogue sur le sang et la nutrition.

Dans l'encéphalopathie saturnine convulsive, cette action auxiliaire a parut particulièrement évidente à M. Gubler.

L'association de ces deux médicaments trouve encore un emploi avantageux quand il s'agit de faire rentrer dans la circulation des exsudats et des néoplasmes. en voie d'organisation. C'est surtout dans les phénomènes tertiaires de la siphilis, dès qu'il y a des symptômes permettant de supposer qu'il existe des organisations morbides dans le crâne, périostose, par exemple, que M. Gubler recommande l'association de ces deux antagonistes, synergiques dans ce cas. Car l'iodure, employé seul,

pourrait produire de la céphalée, une sorte de raptus congestif, d'excitation fébrile, et même, s'il était donné à hautes doses, des accidents fort graves. (Gubler.)

* * *

Il y a antagonisme encore entre le bromure et les poisons convulsivants. A ce propos nous rapportons une observation du docteur Hewelt (1871) très-intéressante à cet égard :

« Un fermier ayant avalé par mégarde, un soir, 30 centigrammes de strychnine à tuer les rats, fut pris dans la nuit de convulsions tétaniques, opistotonos, etc. On lui donna de l'elixir d'opium et on le fit vomir, ce qui amena un mieux passager. Le lendemain matin le docteur Hewelt le trouva la tête renversée en arrière, alors que le moindre bruit déterminait des secousses violentes. Comme la déglutition était encore possible, il fit prendre 5 grammes 40 de bromure de potassium à chaque demi-heure. Après la première dose on remarqua un mieux sensible qui se continua assez rapidement car au bout de deux heures le malade fut capable de remuer les bras.

On ne lui donna plus alors le bromure qu'à la dose de 3 grammes 90 par heure; mais les secousses convulsives s'étant reproduites avec une grande intensité, on en fit prendre chaque quart d'heure une dose. Après quatre doses, c'est-à-dire après une heure, on constata une nouvelle amélioration, et le remède fut ingéré à dose plus faible, à des intervalles variant d'une demi-heure à deux heures, selon les circonstances, pendant la journée et la nuit suivante. Vingt-six heures après qu'on eut commencé l'administration du bromure de potassium le malade put marcher, quoiqu'il fût encore un peu faible et qu'il ressentit par instant de légères secousses. La santé se rétablit.

M. B. Richardson eut l'idée d'expérimenter le bromure de strychine et il vit que l'influence du brome modifiait les effets de l'alcaloïde sans cependant les annuler entièrement.

C'est encore là un fait qui démontre bien l'inanité des tentatives faites pour remplacer le brome par des substances chimiquement analogues.

Les acides puissants, le chlore et ses composés sont incompatibles avec le bromure. Ils mettent le brôme en liberté; de même les corps oxidants capables de donner naissance à des bromates très-irritants.

Nous avons signalé la présence de l'iodure de potassium dans le bromure, on y trouve encore quelque fois mêlée une proportion plus ou moins considérable de chlorure de potassium. C'est un point important et dont il faut être prévenu, car le chlorure de potassium est un agent irritant, toxique même, et dont l'absorbion peut donner lieu à des accidents très-fâcheux.

* * *

Pour reconnaître si une solution de bromure de potassium contient de l'iodure, on peut employer le procédé suivant : On fait dissoudre une petite quantité du sel à essayer dans de l'eau où préalablement on a délayé de l'empois d'amidon : on ajoute quelques gouttes d'acide azotique nitreux. S'il y a de l'iodure, on voit apparaître aussitôt une belle couleur bleue due à la formation de l'iodure d'amidon.

Une autre réaction très-sensible permettra de reconnaître encore la présence de l'iodure. Ce procédé est dû à M. Lambert. (Bulletin général de Thérap. 1867). On met quelques gouttes de permanganate de potasse dans un verre d'eau, de manière à avoir une couleur violette comme celle que l'on donne au moyen de la teinture de tournesol aux solutions acides qu'on veut traiter par les liqueurs alcalines.

Le réactif ainsi préparé communique sa teinte propre aux solutions de bromures pures, et cette couleur persiste. La teinte violette est immédiatement détruite et remplacée par une coloration jaunâtre, dès qu'il y a, dans la liqueur même, des traces très-faibles d'iodure et de potassium.

Quant à la recherche du chlorure, elle est plus compliquée et nécessite des manipulations qui sont difficiles à exécuter dans la pratique.

SUPPOSITOIRES CONTRE LE VAGINISME (DE SINÉTY)

Beurre de Cacao.	4 gr.
Bromure de Potassium. . . .	50 cent.
Extrait de Belladone. . . .	30 —
Acide Thymique.	5 —

Pour un suppositoire, à introduire tous les soirs dans le conduit vaginal.

CHRONIQUE

On sait que le préfet de la Seine a créé, il y a quelque temps, une commission nouvelle dite « des Inscriptions parisiennes ». Cette commission a décidé qu'une des trois premières inscriptions à mettre sous les yeux de la population parisienne était celle relative à la commémoration du dévouement des internes médecins et pharmaciens morts victimes de leur dévouement.

Une plaque sera placée dans l'intérieur de l'hôpital des Enfants-Malades; en voici la teneur :

A la mémoire de :

HENRI GIBOULOU, *né à Paris, interne provisoire en médecine, décédé à l'âge de 20 ans, le 10 avril 1875. (Diphtérie.)*

LÉOPOLD POIRIER, *né à Beaufay (Sarthe), interne provisoire en pharmacie, décédé à l'âge de 25 ans, le 30 janvier 1876. (Diphtérie.)*

EMILIE PÉRIER, *née à Villeneuve, de l'ordre de Saint-Thomas de Grenoble, décédée à l'âge de 48 ans, le 3 mai 1878. (Diphtérie.)*

ERNEST PRÉVEL, *né à Paris, élève en pharmacie, décédé à l'âge de 26 ans, le 9 janvier 1879. (Variole.)*

JACQUES ABBADDIE-TOURNÉ, *né à Pau, interne en médecine, 3e année, décédé à l'âge de 28 ans, le 24 mai 1879. (Diphtérie).*

Morts victimes de leur dévouement en soignant les enfants malades.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Deux nouveaux professeurs ont été nommés à la Faculté de médecine de Paris, ce sont MM. Bouchard et Hayem.

M. Bouchard a été nommé à la chaire de pathologie et de thérapeutique générales, en remplacement de M. Chauffard, décédé.

M. G. Hayem remplace M. Gubler, décédé, comme professeur de thérapeutique et de matière médicale.

Les deux nouveaux professeurs sont connus par d'importants travaux, et ces choix seront unanimement ratifiés par le public médical.

* * *

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Deux nouveaux académiciens ont été élus il y a peu de jours, ce sont MM. Proust, dans la section d'hygiène, et Duplay, dans la section de médecine opératoire.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 2 12 juillet 1879.

REVUES GÉNÉRALES

I.

DE LA MÉDICATION SALICYLIQUE

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

Depuis le mémoire de M. le professeur G. Sée, lu à l'Académie de médecine dans la séance du 26 juin 1877, la médication salicylique est entrée dans le domaine de la pratique médicale courante.

Un grand nombre d'observations, de mémoires, de thèses, de notes, d'expériences, ont vu le jour depuis lors. Il est intéressant d'examiner aujourd'hui le chemin parcouru, les résultats acquis, s'il y en a toutefois. Des discussions fort vives ont eu lieu, l'enthousiasme et le dénigrement ont eu leur heure, il est temps de se reconnaître au milieu de tous ces travaux et de ne pas abandonner ce que ce mouvement a produit de bon et d'utile pour la science.

Nous examinerons d'abord à quels résultats est arrivée la physiologie expérimentale pour expliquer le mode d'action des salicylates, du salicylate de soude en particulier.

Action des salicylates sur les voies digestives. — C'est surtout quand on a eu recours à l'acide salicylique que l'on a noté des troubles gastriques consistant en vomissements, diarrhée et autres troubles intestinaux. Ce médicament employé dans la fièvre typhoïde aurait même donné lieu, dans un certain nombre de cas, à des hémorragies intestinales.

Les lésions intestinales consécutives à l'administration de l'acide salicylique ont été expérimentalement mises hors de doute par Wolffberg dans des expériences sur les animaux.

Quelques auteurs cependant ont nié cette action de l'acide salicylique et ont attribué les lésions produites aux impuretés du médicament. Quoi qu'il en soit, c'est une raison absolue de préférer les salicylates à l'acide.

Mais le salicylate de soude est-il exempt de toute action sur la muqueuse des voies digestives ? Riess déclare qu'il n'a jamais observé de lésions intestinales consécutives à l'emploi du salicylate de soude.

Il est bon de remarquer que le salicylate de soude a été très-peu expérimenté chez l'homme sain. Plusieurs élèves de M. G. Sée ont pu prendre des doses quotidiennes de 6 à 8 grammes de ce médicament sans ressentir le moindre trouble. — (Stricker rapporte le cas d'un malade qui aurait pris à son insu 22 grammes d'acide salicylique en un seul jour sans éprouver d'accidents).

Par contre, M. Benoît (th. de Paris, 1877), a eu des nausées, des coliques peu intenses et même un rejet de matières alimentaires à la suite d'une ingestion de 4 grammes de salicylate de soude pris en 4 fois à une heure d'intervalle chaque fois.

MM. Bochefontaine et Chabbert (comm. à l'Ac. des sciences, 17 septembre 1877), citent un cas de vomissements incoercibles qui ont duré trois jours à la suite de l'administration d'une dose exagérée de ce médicament.

En présence de ces faits contradictoires que nous pourrions sans doute augmenter, que devons-nous conclure ?

Avant de conclure, examinons les faits : les élèves de M. G. Sée ont pris le salicylate de soude dans une solution très-étendue et en doses suffisamment espacées.

Quant au Dr Benoit il prend 4 grammes de salicylate de soude *en poudre* dans du pain azyme et *en quatre doses d'heure en heure.*

Quant au malade de MM. Bochefontaine et Chabbert il rentre dans la catégorie de ceux qui pourront servir de type pour étudier l'action toxique du salicylate. Il faut conseiller la modération même dans les meilleures choses.

Il est certain que l'acide salicylique et le salicylate de soude mis directement au contact d'une portion de la muqueuse gastrique peut produire des phénomènes d'irritation plus ou moins grave. C'est au médecin à connaître la possibilité de ces lésions et par conséquent à les éviter.

Le salicylate de soude donne presque toujours une réaction acide due à la présence d'une certaine quantité d'acide salicylique libre, ajouté afin d'éviter l'altération que subit le salicylate neutre au contact de l'air. Le Dr Blanchier (th. de Paris, 1878) dit que la proportion de cet acide libre est d'environ 1 0/0. On pourrait donc dans une certaine mesure faire entrer en ligne de compte l'action de l'acide salicylique dans l'explication des lésions de la muqueuse digestive.

De plus les transformations que subit le salicylate de soude ne sont pas parfaitement connues. On retrouve de l'acide salicylique libre dans les urines, sans connaître où et comment il s'est formé.

Nous pouvons donc conclure de l'action du salicylate de soude sur les voies digestives que *ce médicament doit être administré dans une solution étendue, à doses suffisamment espacées et qu'il y a tout avantage à user d'une eau alcaline comme excipient de façon à neutraliser complètement la quantité d'acide libre que contient le salicylate de soude du commerce.*

Il ne faudra jamais employer le salicylate en poudre ni en solution concentrée qui offre les mêmes inconvénients. C'est pourquoi nous rejetons absolument les cachets médicamenteux du moins pour ce qui concerne les médicaments salicyliques.

Les expériences sur les animaux confirment ab-

solument les vues que nous exposons. Chez le chien qui est particulièrement susceptible et qui vomit très-facilement, M. le Dr Blanchier a pu donner jusqu'à 2 et 3 grammes par jour de salicylate de soude sans provoquer de vomissement et sans amener aucun trouble appréciable dans le fonctionnement de l'appareil digestif, mais il avait eu soin d'administrer le médicament par doses fractionnées et convenablement espacées dans une solution sucrée et bien étendue (au 40e). Une dose de 1 gr. 50 à 2 grammes suffit, au contraire, pour provoquer immédiatement des vomissements, si elle est donnée en une seule fois.

Quelques auteurs ont encore noté la diarrhée comme un inconvénient résultant de l'emploi du salicylate de soude. M. Gubler a vu se produire tantôt de la diarrhée, tantôt de la constipation. Les expériences de M. Blanchier sur les animaux permettent d'expliquer ces phénomènes. Le salicylate de soude activerait d'abord les sécrétions puis, si son usage se prolonge, les diminuerait ou même les arrêterait. Il est vrai que pour obtenir ce résultat, il faut administrer des doses de 4 à 6 grammes chez le chien qui *relativement* sont deux ou trois fois plus élevées que celles qui suffisent chez l'homme aux besoins de la thérapeutique.

Action sur la respiration. — L'action du salicylate de soude sur la respiration nous arrêtera peu. Elle n'est pas appréciable en effet à des doses thérapeutiques.

Quand on donne le médicament à dose toxique, tous les auteurs sont d'accord pour admettre que la mort survient par asphyxie, soit en diminuant l'excitabilité des rameaux pulmonaires du pneumo-gastrique, d'où oxygénation insuffisante comme le croit Kœhler, soit comme le veulent Danewski, G. Sée, Blanchier, en agissant directement sur le bulbe.

En somme la question est encore très-controversée, et à la condition de s'en tenir à des limites raisonnables dans l'administration du salicylate, elle n'a pas de véritable intérêt pratique. Quelques auteurs cependant en présence de l'accélération des mouvements respiratoires ont cru utile de conseiller de s'abstenir de prescrire le salicylate dans la phthisie.

Action sur le cœur et la circulation. — D'après les expériences de MM. Danewski et Blanchier faites sur les animaux, le salicylate de soude élève la pression sanguine, mais d'une façon peu marquée; à doses modérées il augmente légèrement la force et la fréquence des pulsations du cœur sans en troubler la régularité; à hautes doses il les ralentit et les rend plus irrégulières dans leur rhythme, leur nombre et leur énergie, en même temps le cœur se contracte violemment ainsi que l'indique l'élévation considérable de la pression qui se produit presque à chaque systole; après le systole il s'opère une détente et un relâchement du muscle assez complet; ce qui indique d'ailleurs un abaissement considérable de la pression qui se produit presque à chaque diastole. Ces effets paraissent dus à l'action exercée par le salicylate sur les centres nerveux et sur les ganglions cardiaques.

Un adversaire résolu de la médication salicylée, le dr Watelet, a publié dans la thèse de M. Dixneuf deux observations qui lui font se poser cette question : le salicylate déterminerait-il des troubles circulatoires ? Dans un des cas il s'agit d'un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu avec endocardite dès le début de l'affection. On prescrivit 8 grammes de salicylate dans les 24 heures. Le 2 septembre le traitement commence, le 7 du même mois le médecin s'aperçoit d'une oblitération artérielle du membre inférieur droit et du bras gauche, le 9 les orteils sont frappés de gangrène.

Dans le second cas, c'est une attaque de goutte aiguë traitée par le salicylate. Il n'y eut pas d'amélioration.

Chez les deux malades, M. Watelet note de l'oligurie, la douleur de la cystite, la pâleur des urines, qui semble indiquer, dit-il, que le salicylate s'oppose à l'élimination de certains matériaux de l'urine.

Nous ne pouvons pas nous résigner à regarder ces faits comme sérieux. Comment admettre comme valables des observations où l'état des reins n'est pas mieux noté, où, parce qu'il se produit une embolie dans le cours d'une endocardite, on cherche à incriminer le médicament.

Action sur la température. — A l'état sain chez l'homme, le salicylate de soude n'agit pas sur la température. Chez les fébricitants, les résultats sont insignifiants, incertains ou nuls, ce qui explique les résultats si contradictoires fournis par les différents expérimentateurs.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé tout dernièrement le Dr Oltramare, dans des expériences faites sur des animaux dans le laboratoire de M. le professeur Chauveau :

1° Le salicylate de soude, en injection stomacale, ne modifie pas la température;

2° L'injection intra-veineuse de solutions de cette substance amène un abaissement thermique, mais il n'est pas dû à la nature du liquide, car on l'obtient avec de l'eau pure;

3° La température de la solution n'influe pas sur le résultat;

4° L'abaissement coïncide avec le début de l'injection, et le minimum thermique est obtenu, en moyenne, douze minutes après le début;

5° Le minimum de cette défervescence est de 1°;

6° A la suite de cette défervescence, la température remonte, en moins d'une heure, à son point de départ, qu'elle peut même notablement dépasser, surtout si l'animal a subi de graves traumatismes;

7° L'état de jeûne ou de digestion n'a pas d'influence manifeste.

Action du salicylate de soude sur le système nerveux.— M. Laborde a pratiqué de nombreuses expériences sur des chiens, auxquels il pratiquait des in-

jections intra-veineuses de salicylate à la dose de 4 à 5 grammes dissous dans 10 à 12 centimètres cubes d'eau distillée. Il est arrivé à cette conclusion que ce médicament est un stupéfiant et un analgésiant qui n'abolit pas entièrement la sensibilité. En effet, les mouvements réflexes étaient conservés chez les animaux soumis aux expériences de M. Laborde. Ils devenaient indifférents aux excitations venues du dehors, plongés dans une espèce d'hébétude et de somnolence dont il était difficile de les tirer. Outre la surdité et la stupeur, le salicylate de soude à doses élevées engendre de l'ataxie dans les mouvements.

Pour M. Laborde, l'action analgésiante du salicylate de soude est, jusqu'à un certain point, comparable à celle de la quinine. Il agirait par suite d'une modification directe du centre de la perception.

M. Blanchier a observé les mêmes phénomènes, mais il distingue deux périodes dans l'action du médicament sur le système nerveux. Dans une première période, on observe des phénomènes d'irritation et d'excitation. Comme toutes les substances qui paralysent l'axe gris bulbo-médulleux, il excite tout d'abord son activité fonctionnelle, puis il le paralyse peu à peu et abolit complétement ses fonctions; mais il n'agit pas d'une façon plus spéciale sur les propriétés sensitives que sur les propriétés motrices de la substance grise centrale, et comme il n'agit pas à la périphérie des fibres nerveuses, pas plus des fibres sensitives que des fibres motrices, il ne saurait être regardé comme un anesthésique, ainsi que l'ont fait quelques auteurs et en particulier M. Laborde.

Les troubles de l'ouïe, les bourdonnements sont la règle dès que l'on arrive à la dose de 8 à 10 grammes; quelquefois, ce sont des bruits étranges que les malades comparent à des roulements lointains, à des bruits de flots, de pluie, de tonnerre, de sifflet de locomotive, etc. Ces troubles, comme l'ont observé la plupart des auteurs (Furbringer, Stricker, Sée, etc.), peuvent aller jusqu'à la surdité plus ou moins complète; mais, dès qu'on cesse l'emploi du remède, les bourdonnements d'oreilles disparaissent pour ainsi dire immédiatement, et la surdité ne laisse jamais de traces, jamais elle ne persiste comme après l'usage prolongé ou après des doses élevées de quinine.

Büs a signalé des troubles de la vision après une une dose *élevée* mais ils doivent être assez rares car ils ne sont signalés par aucun des auteurs qui ont administré le salicylate de soude à haute dose.

Le délire qu'on a vu quelquefois survenir à la suite de l'administration de hautes doses est *rare*. C'est d'ailleurs un délire ordinairement tranquille ne s'accompagnant ni d'excitation, ni d'hallucination.

En somme, si l'on donne le salicylate de soude à doses modérées et espacées, 6, 8 à 10 gr. par jour, les effets sur le système nerveux ne sont pas manifestés et à part les bourdonnements d'oreille qui sont la règle les autres troubles cérébro-spinaux sont exceptionnels.

Action sur l'urine. — Les reins sont la principale voie d'élimination du salicylate de soude, la seule peut-être. Le médicament passe avec une grande rapidité dans les urines, Buch aurait constaté sa présence dans l'urine d un malade atteint d'exstrophie de la vessie 8 *minutes* seulement après son ingestion. Fritz Benicke a pu constater qu'il suffit de 40 minutes pour que l'acide salicylique pris par une femme en couche passe et soit retrouvé dans l'urine du nouveau-né; le Dr Blanchier retrouvait la réaction caractéristique de l'acide salicylique, 18 minutes et quelquefois 15 minutes seulement après avoir pris une potion gommeuse contenant 1, 2 ou 3 grammes de salicylate de soude.

Le temps nécessaire à l'élimination complète du salicylate de soude est très variable, nous attirons l'attention du lecteur sur ce point; il est en rapport avec la dose ingérée et l'état des reins. En 22 heures, M. Blanchier a éliminé 1 à 2 grammes de salicylate, 4 à 5 grammes pris en une seule fois ont mis plus de 44 heures à s'éliminer. Le même auteur dit que chez des rhumatisants qui avaient pris plusieurs jours de suite des doses de 4, 6 ou grammes de salicylate de soude, il a toujours retrouvé de l'acide salicilique dans l'urine 72 heures après la prise de la dernière dose.

D'après M. A. Robin, il y a encore de l'acide salicylique dans l'urine des malades atteints de fièvre typhoïde le 6e jour, le 7e jour et même dans un cas le 8e jour après la suspension de médicament.

M. Bouchard l'a encore trouvé le 7e jour après la prise de la dernière.

D'autre part, M. G. Sée déclare que l'élimination est complète en 24 et plus souvent en 48 heures. Geissler va plus loin *encore* en disant que l'élimination peut être complète au bout de 6 à 12 heures.

Ces faits sont très importants à retenir.

Ils fournissent une règle au médecin qui veut employer les médicaments salicyliques.

Il est certain que l'élimination en est prompte, mais à la condition que les reins soient sains. On a dit que le salicylate de soude agissait parfois comme un diurétique. D'une manière générale, en effet, il active d'abord toutes les sécrétions. Quelques auteurs ont attribué cette hypersécrétion à son action locale, irritante. D'autres, d'après des travaux plus récents à une action centrale sur les nerfs sécréteurs (Blanchier).

La règle de surveiller l'état des reins est donc d'une importance capitale, puisque le salicylate de soude s'élimine seulement par les urines et si cette règle était toujours observé, il est très probable que certaines observations aussi fâcheuses pour le malade que pour le médecin n'auraient jamais pu voir le jour. C'est un point d'ailleurs très intéressant que l'étude de l'élimination des médicaments, point sur lequel la physiologie expérimentale nous éclaire pour un grand nombre de médicaments et dont les appli-

cations sont fécondes pour la pratique médicale.

A quel état trouve-t-on le salicylate de soude dans l'urine ? La question est assez controversée. On trouve toujours de l'acide salicylique, d'un acide particulier qui en dérive l'acide salicylurique et enfin du salicytate de soude et du solicytate de potasse.

Après avoir examiné l'action du salicylate de soude sur la quantité de l'urine, il serait au plus haut point intéressant d'en étudier l'action sur la qualité. Il serait très utile pour l'interprétation du rôle thérapeutique du médicament de connaître son influence réelle sur l'élimination des principes de l'urine. M. le professeur G. Sée, en effet, a dit que l'acide salicylique favorisait et augmentait l'élimination de l'acide urique.

Wolfsohn a fait quelques expériences sur des animaux soumis à une dose quotidienne de 5 grammes qui eut pour effet d'augmenter dans l'urine la proportion des matières azotées. Il conclut que l'acide salicylique active la désassimilation des principes albuminoïdes de l'organisme.

M. Byasson, qui a étudié les transformations de l'acide salicylique ingéré par l'homme, conclut que le salicylate de soude augmente dans l'urine la proportions des substances azotées et de l'acide urique.

Chez des malades atteints de fièvre typhoïde, et traités par le salicylate de soude, M. A. Robin a constaté une diminution très notable de l'excrétion rénale, une augmentation de la densité et une proportion plus élevée des matières solides, phosphate et carbonate.

Un élève de M. le prof. Lasègue, M. G. Marrot a fait quelques recherches sur le point qui nous occupe. Pour lui le salicylate de soude diminue dans de grandes proportions chez les rhumatisants, la quantité d'urée et d'acide urique rendue dans les 24 heures et cela indépendamment de la fièvre et de la température; mais si on lit les observations de M. Marrot, qui sont aunombre de quatre, on s'aperçoit que ses chiffres n'ont aucune signification sérieuse, attendu qu'il a négligé ce principe élémentaire des recherches d'urologie, à savoir de tenir compte de la quantité des urines rendues dans les 24 heures. De façon qu'avec ses propres observations et en tenant compte de ce facteur, on arrive à trouver que chez les malades qu'il cite l'acide urique a parfaitement augmenté.

M. Blanchier, dans le service de M. le prof. Vulpian, a analysé les urines de 4 rhumatisants soumis à des dose de 4 à 6 grammes de salicylate de soude et il a vu dans les 4 cas la quantité d'acide urique augmenter. Chez un des malades l'effet fut remarquablement démonstratif. Dans les premiers jours de la médication l'urine de 24 h. a contenu jusqu'à 1 gr. et 1 gr. 40 d'acide urique et dans les derniers jours elle a varié entre 0,84 et 0,77. Le malade se croyant guéri, le médicament fut suspendu et la quantité d'acide urique descendit à 0,60 puis à 0,50 puis enfin à 0,38. Les douleurs rhumatismales se firent sentir de nouveau et le malade reprit du salicylate. Dès le lendemain la quantité d'acide urique remontait dans les urines à 0 gr. 86.

M. Bouchard dont la haute compétence est bien connue dans ce genre de recherches, a fait une série d'expérlences, encore inédites, sur un adulte bien portant. M. Bouchard a analysé les urines pendant 26 jours dont 9 pendant lesquels le salicylate de soude était donné à la dose quotidienne de 4 gr.

M. Bouchard arrive aux conclusions suivantes :

1° Le médicament n'a pas sensiblement modifié la quantité des urines si l'on tient compte du liquide ingéré avec ce médicament;

2° il a diminué la quantité d'urée rendue dans les 24 h. de 16 0/0 (cette diminution de l'urée est expliquée par la formation de l'acide salicylurique qui représente les éléments de Glycocolle unis à l'acide salicylique).

3° Il a augmenté le poids total des matières solides dans une proportion de 19 0/0 défalcation faite du poids du sel ingéré. Cette augmentation est imputable à l'élévation.

4° La quantité des phosphates et de matières colorantes reste à peu près la même;

5° Si le salicylate n'est pas un diurétique il est cependant un agent puissant d'élimination.

De nouvelles expériences sont nécessaires pour trancher absolument la question en faveur des idées du prof. G. Sée. Cependant on peut dire que les recherches faites jusqu'à présent confirment sa manière de voir.

Telles sont les données les plus récentes fournies par l'expérimentation physiologique. Il en faut conclure que nous ne connaissons presque rien du mode d'action du salicylate de soude. Cependant il ressort quelques enseignements de cette revue rapide, nous nous attacherons à les mettre en lumière dans un prochain article.

Dr P....

(A suivre.)

II

DES ACCIDENTS

QUE PEUVENT PRÉSENTER LES HERNIES INGUINALES VOLUMINEUSES.

—

Parmi les affections chirurgicales que tous les médecins ont à traiter journellement dans la pratique courante, les hernies, avec les nombreux accidents dont elles deviennent le siége sous l'influence de causes variées, peuvent être, sans conteste, placées au premier rang.

A la ville comme à la campagne, il n'est pas un praticien qui n'ait été appelé pour une hernie devenue subitement irréductible. Il ne sera donc pas sans intérêt de récapituler ici quelle est, dans certaines circonstances délicates, la meilleure conduite à

tenir, celle que recommandent les maîtres les plus autorisés.

Disons tout d'abord que nous laisserons de côté l'étranglement herniaire véritable, cet accident qui rend indispensable et urgente, l'opération de la kélotomie, lorsque les tentatives de taxis, faites toujours avec modération et selon les règles de l'art, auront été infructueuses pour amener la réduction de la hernie étranglée.

Dans les hernies inguinales, la complication de l'étranglement ne s'observe guère que pour les petites hernies ou les hernies de moyen volume. Tous les auteurs ont noté ce fait important, à savoir que les hernies inguinales volumineuses, celles que l'on rencontre si fréquemment chez les vieillards, ne s'étranglent presque jamais. Mais, si elles échappent à l'étranglement, ces grosses hernies des vieillards n'en sont pas moins sujettes à des accidents graves, que nous nous proposons d'examiner brièvement en rappelant les principaux moyens usités pour les combattre.

On dit généralement qu'on a affaire à une *grosse hernie* lorsque cette hernie dépasse le volume d'un poing d'adulte ou d'une tête de fœtus à terme. A partir de cette limite, tous les intermédiaires sont possibles puisque, pour les hernies inguinales que nous avons exclusivement en vue, il y a des malades dont les bourses, démesurément augmentées de volume par l'accumulation des anses intestinales et de l'épiploon dans le sac herniaire, descendent presque jusqu'au genou.

D'où vient que chez la plupart des vieillards atteints de hernie inguinale, la tumeur est volumineuse ? La raison physiologique a été nettement exposée par M. le professeur Gosselin, dont le livre sur les hernies reste toujours classique.

« Chez les vieillards, dit M. Gosselin, la toux et la difficulté de la miction donnent souvent lieu à des efforts incessants qui augmentent continuellement le volume de la tumeur. En général, ces hernies ne sont pas très-gênantes et beaucoup de malades préfèrent ne pas porter de bandage. Elles contiennent toujours une notable portion d'épiploon. »

Les grosses hernies inguinales des vieillards se présentent sous deux formes bien distinctes ; ou bien elles rentrent facilement quand le malade presse lui-même sur les bourses ou qu'il est resté couché pendant un certain temps ; ou bien elles forment une tumeur constante qui peut diminuer, mais qui ne disparaît jamais entièrement par les tentatives de réduction.

Mais avant de devenir ainsi partiellement ou complètement irréductibles, les hernies ont été le siége d'un travail pathologique quelquefois très-lent, d'autres fois plus aigu, qui a pour résultat de faire adhérer l'épiploon aux parois du sac.

Ce travail s'accomplit-il d'une manière aiguë, on note des accidents multiples qui simulent un étranglement, et que M. Gustave Richelot, agrégé de la Faculté, a décrits sous le nom de *péritonite herniaire*. Il s'agit, en effet, d'une inflammation du sac, d'une péritonite localisée, qui ne dépasse point les limites du sac, et qui se traduit localement par du gonflement et de la rougeur du scrotum avec une sensation particulière de crépitation assez analogue, selon M. le professeur Richet, à un bruit de cuir neuf ou au bruit de la neige que l'on presse entre les doigts. Ce bruit particulier ne peut être attribué qu'à un frottement péritonéal résultant du dépôt de fausses membranes rugueuses entre la paroi interne du sac et les parties herniées.

Dans d'autres circonstances le travail inflammatoire, qui a pour conséquence de rendre la hernie irréductible, passe pour ainsi dire inaperçu des malades, qui ne se plaignent d'aucune douleur aiguë dans les bourses, et qui éprouvent tout au plus une sensation de pesanteur pénible dans la tumeur scrotale. M. Gosselin a parfaitement expliqué ce mécanisme ; ses idées sont aujourd'hui acceptées de tous les chirurgiens.

Lorsqu'une hernie primitivement réductible est restée au dehors un certain temps, soit par l'incurie du malade qui n'a jamais cherché à la faire rentrer, soit parce qu'un bandage intempestivement appliqué sur la tumeur non réduite s'est opposé à sa rentrée, soit par l'action simultanée de ces deux causes, alors les parties herniées contractent lentement des adhérences étendues et solides avec l'intérieur du sac, et ces adhérences deviennent bientôt assez résistantes pour empêcher la réduction de la hernie.

On a cité des cas dans lesquels le chirurgien avait pu, à la longue, par des tentatives répétées de taxis, rompre ces adhérences, et faire rentrer la hernie avec ou sans le sac qui la contenait. Toujours est-il que cette réduction ne peut se faire sans qu'il y ait rupture complète ou partielle des adhérences, et, par suite, épanchement sanguin dans le sac, ce qui aboutit à la formation d'une nouvelle péritonite herniaire.

Aussi cette réduction forcée, dans les cas d'adhérences péritonéales bien organisées, nous semble-t-elle un moyen de traitement dangereux.

Lorsque sans effort on parvient à réduire une partie de la hernie, et qu'il reste encore dans les bourses une tumeur moins volumineuse qu'au début mais irréductible, ce phénomène montre que l'intestin peut entrer et sortir librement, et que l'épiploon seul est adhérent au sac. Il s'agit alors d'une hernie partiellement irréductible.

La hernie n'est totalement irréductible que si les anses intestinales ont contracté des adhérences entre elles et avec l'épiploon.

Ce travail inflammatoire, avons-nous déjà dit, peut s'accomplir sans que l'on voie survenir des accidents, mais à condition qu'il ait une marche essentiellement lente et chronique.

Les anciennes hernies irréductibles, par suite

d'adhérences, peuvent-elles s'étrangler ? M. Gosselin le nie d'une manière absolue. Si parfois il arrive au chirurgien qui opère une hernie étranglée de trouver l'épiploon adhérent, c'est que dans ces cas l'épiploon ne forme qu'une petite portion de la tumeur.

Faut-il en conclure que les grosses hernies irréductibles soient à l'abri de tout accident ? Loin de là : sous l'influence d'un traumatisme ou de toute autre cause les hernies inguinales irréductibles des vieillards deviennent parfois douloureuses ; en même temps les malades éprouvent des nausées et des vomissements qui pourraient donner le change au médecin non prévenu. Si l'on consulte les antécédents et qu'on les rapproche des symptômes généraux et locaux, on arrive sans peine à reconnaître que les accidents sont dus à une nouvelle péritonite herniaire de forme aiguë.

Le traitement, dans ces cas, ne saurait être douteux : au lieu de s'appliquer à réduire une hernie qui était auparavant irréductible, le médecin doit se borner à combattre l'inflammation locale par des émollients et des résolutifs. Dans les exemples de ce genre, qui ne sont pas rares, l'intérêt bien entendu des malades commande au médecin la plus grande réserve

Passons maintenant aux grosses hernies des vieillards, dont le contenu n'est point uni au contenant par la moindre adhérence et qui, par suite, entrent et sortent d'ordinaire avec la plus grande facilité. Elles sont également sujettes à des complications d'un autre ordre, qui réclament un traitement spécial. A ce point de vue M. le professeur Richet a observé récemment, à l'Hôtel-Dieu, un cas extrêmement intéressant, qui a été complété par la vérification anatomique. Il s'agit d'un homme de 54 ans, albuminurique, ayant l'habitus extérieur d'un vieillard septuagénaire, qui entra dans le service de clinique chirurgicale pour une hernie inguino-scrotale gauche très volumineuse, devenue tout-à-coup irréductible.

La hernie, que ce malade portait depuis plusieurs années, ne l'avait jusqu'alors que faiblement incommodé : il la réduisait lui-même sans effort et sans difficulté. Mais un jour, sans cause connue, il éprouva dans sa tumeur quelques douleurs sourdes, et il lui fut impossible de la réduire.

Lorsque M. Richet vit le malade le lendemain, celui-ci avait dans la partie gauche du scrotum une tumeur volumineuse de forme ovoïde, à grosse extrémité tournée en bas, à petite extrémité remontant vers l'anneau inguinal. La percussion donnait une sonorité tympanique dans toute la partie supérieure de la tumeur, sauf au niveau du pédicule et de la matité dans toute la partie inférieure. Le frottement péritonéal se percevait nettement, au palper, vers la partie inférieure et postérieure de la hernie.

Le volume énorme de la tumeur indiquait clairement que la presque totalité de l'intestin grêle s'était engagée dans le sac. M. Richet attribua la submatité constatée au niveau du pédicule à la présence de matières fécales accumulées et retenues dans les anses intestinales, qui se trouvaient un peu plus serrées à ce niveau.

Des tentatives très-modérées de taxis n'amenèrent aucun résultat. M. Richet essaya alors l'application de la bande élastique en caoutchouc qui, pressant méthodiquement la tumeur dans tous les sens et d'une manière continue, devait agir plus efficacement que la main. La hernie persista ; elle augmenta même de volume les jours suivants.

Pendant ce temps le malade continuait à avoir des vomissements sans aucune sensibilité au ventre ; puis il fut pris de suffocation. Comme il n'y avait aucun signe d'étranglement herniaire, M. Richet ne voulut pas se décider à faire la kélotomie.

Le malade succomba le cinquième jour. A l'autopsie on trouva toutes les anses intestinales perméables, sans la moindre trace d'étranglement. Au niveau de l'anneau inguinal qui avait 3 centimètres de diamètre, les anses intestinales étaient simplement pressées et tassées les unes contres les autres. Sur la paroi interne du sac on voyait à la partie inférieure une couche peu épaisse de dépôts fibrineux récents sans adhérence des anses intestinales ni de l'épiploon au sac.

Pourquoi donc la réduction avait-elle été impossible pendant la vie ? On ne peut invoquer ici que le mécanisme de *l'engouement herniaire*, dont Goursaud nous a laissé la description, et qui a été successivement combattu par Malgaigne et par M. Gosselin.

L'engouement ne signifie pas autre chose qu'une accumulation de matières épaissies dans une anse herniée. Cette accumulation se trouve facilitée, par la paralysie de l'intestin qui n'exécute plus ses mouvements péristaltiques, et qui devient tout à fait incapable de repousser les matières, C'est ce qui s'était produit chez le malade de M. Richet ; la mort était survenue par atonie générale.

Le fait que nous avons raconté sommairement prouve bien que l'engouement n'est pas une fiction, comme l'avait prétendu Malgaigne.

Contre cette atonie générale de l'intestin qui empêche les matières de s'engager dans le bout inférieur, le meilleur traitement consiste dans l'application méthodique sur la tumeur de la bande élastique en caoutchouc. On objectera que ce moyen n'a pas réussi chez le malade de M. Richet ; mais c'est une exception.

Quelques mots en terminant sur la manière d'appliquer la bande élastique : on commence par serrer fortement le pédicule par deux ou trois tours de bande, puis on comprime graduellement en allant de haut en bas ou du sommet vers la base, de manière à recouvrir complètement la tumeur qui se trouve à la fin coiffée d'un véritable capuchon élastique. La pression qu'exerce le capuchon sur toutes

les parties de la tumeur repousse le contenu vers l'anneau inguinal, et bientôt les anses intestinales rentrent une à une.

Si l'on n'avait pas soin de serrer fortement le pédicule, le bandage ne tiendrait pas.

D[r] Z...
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'analgésie chirurgicale obtenue par l'action combinée de la morphine et du chloroforme.

Il s'est fait au sujet de l'anesthésie beaucoup de recherches, des faits nombreux ont été recueillis, des thèses, des mémoires des ouvrages de longue haleine même, ont été écrits sur cette intéressante question. Je crois donc utile de jeter sur les recherches les plus récentes un coup-d'œil d'ensemble.

Il serait inutile de refaire l'histoire bien connue de l'anesthésie qui a été une des grandes conquêtes de la chirurgie moderne. Je rappellerai seulement les longues discussions qui ont eut surtout la Société de Chirurgie pour théâtre, et dans lesquelles les partisants de la demi-anesthésie ont été enfin repoussés avec perte.

On peut dire cependant qu'ils combattaient pour la cause de l'idéal de l'anesthésie, idéal réalisé dans quelques circonstances exceptionnelles, où l'on voyait un opéré assister en curieux à l'opération sanglante qu'on lui faisait subir sans en ressentir aucune douleur.

Malheureusement si le chloroforme, comme l'éther, comme l'opium, a parfois réalisé cet état d'analgésie, aucun opérateur ne pouvait l'obtenir à volonté,et l'opération faite dans la période d'excitation du chloroforme pouvait amener la mort par syncope, la sensibilité à la douleur n'étant habituellement pas abolie.

Cet idéal était donc dans une pratique très difficile à obtenir et très dangereuse à utiliser pour une opération douloureuse.

Aussi, depuis le travaux de M. Perrin, confirmés par les expériences physiologiques de M. François Franck, admet-on la nécessité de pousser la chloroformisation jusqu'à une anesthésie complète. Cette nécessité est encore tellement admise, que presqu'aucun chirurgien ne cherche à y échapper; cependant elle n'est pas sans danger pour la vie des patients. A peine si quelques accoucheurs défendent encore la cause de la demi-anesthésie.

Aussi quand l'anestésie mixte recommandée à l'attention des chirurgiens par notre illustre Cl. Bernard, a été essayée chez l'homme a-t-on poussé le chloroforme jusqu'à l'anesthésie complète.

Dès l'année 1870 j'observai un cas d'analgésie complète avec intégrité de la conscience et des sens obtenus par l'action combinée de la morphine et du chloroforme. J'arrivai, après plusieurs tentatives plus ou moins heureuses à en déterminer les conditions et à reproduire à volonté cet état dans des opérations diverses.

J'acquis alors la conviction que l'analgésie était appelée à devenir l'anesthésie de l'avenir et en fis l'objet de deux communications qui furent présentées à l'Académie des Sciences, par Cl. Bernard en mars 1872 et novembre 1877.

Aujourd'hui l'analgésie est employée au lieu et place de l'anesthésie par plusieurs de mes amis qui ont bien voulu me communiquer leurs observations. De plus, cette question vient d'être l'objet d'expériences faites au Collége de France dans le laboratoire du professeur Marey par M. F. Franck.

Enfin M. Bossis dans sa thèse inaugurale présentée à la fin du mois de mai à la Faculté de Paris a traité la question sous ses principaux aspects. Il a montré que l'analgésie a été niée, bien à tort, par les docteurs Dimitresco et Piétri dont les observations contenaient précisément plusieurs faits d'analgésie.

Il a rappelé que M. de Brinon avait observé plusieurs fois cet état chez des enfant anesthésiés par la méthode mixte, que M. Nussbaum l'avait employée pour pratiquer des opérations sur la bouche et prévenir l'entrée du sang dans les voies respiratoires. Le patient pouvait cracher quand on lui commandait de le faire.

De plus M. Bossis a publié l'opinion de M. de Frank relativement aux réflexes cardiaques pendant cet état d'analgésie. — En voici le résumé :

La murphine, employée avant le chloroforme, diminue l'excitation si vive des voies aériennes par les vapeurs anesthésiques, irritation qui peut être une cause de mort chez les animaux et aussi chez l'homme.

L'analgésie possède tous les avantages de la période dite de tolérance du chloroforme employé seul et atténue notablement l'influence du traumatisme sur l'arrêt du cœur. De plus M. Bossis fait remarquer que l'analgésie n'expose pas aux dangers d'une anesthésie trop complète qui peut, elle aussi, entraîner la mort du patient.

Ces conclusions de M. Bossis basées sur un nombre déjà notable de faits chimiques et sur plusieurs expériences physiologiques faites sur l'homme et les animaux, viennent confirmer les conclusions de ma dernière note à l'Académie des Sciences qui étaient ainsi formulée :

« Avec la précaution d'éviter l'anesthésie, le chirurgien se mettra aussi complétement que possible à l'abri de la syncope :

» En effet :

1° Il évitera la dépression profonde des forces nerveuses et l'anémie cérébrale de la période d'anesthésie complète, pendant laquelle la syncope est si souvent mortelle surtout après une excitation violente.

2° D'après Mollow la morphine, en atténuant la

sensibilité des muqueuses respiratoires aux premières inhalations du chloroforme, supprime le point de départ des actions réflexes, si dangereuses sur les centres respiratoires et vaso-moteurs.

3° Au contraire de ce qui se passe dans la période d'excitation chloroformique avec hypéresthésie, il n'y a plus à craindre, avec l'analgésie de l'action combinée, que le traumatisme ne détermine des actions reflexes intenses sur le cœur.

La cause de syncope sur laquelle M. Perrin a justement insisté, quand on opère pendant l'excitation, est ainsi supprimée. »

Il semble donc aujourd'hui acquis à la science que l'*analgésie* obtenue par l'action combinée de la morphine et du chloroforme atténue, pour ne pas dire supprime le danger de mort.

Or, pour l'obtenir, il suffit de faire précéder l'inhalation du chloroforme d'une injection de 1 à 2 centig. du chlorhydrate de morphine. Il sera rarement utile d'employer une dose supérieure à 15 milligr., dose qui est nécessaire pour une analgésie complète; l'injection sera faite 15 à 20 minutes avant l'inhalation. Le chirurgien aura soin de faire toujours causer le patient et dès qu'il verra survenir le plus léger trouble intellectuel : verbiage, incohérence d'idées, légère agitation, il pourra pratiquer l'opération la plus douloureuse sans cri, sans plainte sans mouvements difficiles à contenir, et cet état pourra être maintenu facilement par des inhalations ménagées de chloroforme pendant tout le temps nécessaire à l'opération. Enfin le malade pourra même assister en curieux à son opération sans ressentir de douleur, et exécuter les mouvements commandés par le chirurgien.

Les chances de vomissements sont moins grandes après l'action combinée qu'après le chloroforme employé seul.

Il serait trop long de citer plusieurs observations, on en trouvera surtout dans la thèse de M Bossis et dans la thèse d'agrégation de M. Pinard. Voici cependant un fait inédit qui m'est communiqué par le docteur Allo de Quintin :

Mlle D., 45 ans, très névropathique, avait un cancer du sein droit sans ganglion dans l'aisselle. Depuis une abondante métrorrhagie qui dura près d'un mois (il y a de cela un an), elle n'est plus réglée. Obésité marquée. Sujette aux palpitations et intermittences du pouls.

Le mercredi 4 juin, assisté du Dr Cosson et de M. Lajat, pharmacien, je pratique une injection de 15 milligr. de chlorh. de morphine à l'avant-bras. Dix minutes après, inhalations de chloroforme pendant deux minutes. A ce moment je constate l'insensibilité du sein. L'opérée cause. L'incision est pratiquée sans que la malade eut l'air de s'en apercevoir. L'opération est terminée avec une analgésie complète. Il n'y a eu quelques signes de sensibilité que pendant le pansement.

La patiente nous a raconté qu'elle avait senti tout ce qu'on lui avait fait sans en éprouver aucune douleur. La dépense de chloroforme a été de 10 grammes.

On voit donc qu'il suffira d'un peu d'attention pour reproduire à volonté cet état qui paraissait autrefois si extraordinaire, d'un opéré jouissant de presque toutes ses facultés, devenu pour quelques instants complètement insensible à la douleur.

J'ai cru ces faits, encore peu connus, de nature à intéresser le public médical, d'autant plus qu'ils sont faciles à réaliser et à vérifier.

Dr Guibert (de St-Brieuc),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

PURPURA HŒMORRAGICA

CHEZ UN HOMME ATTEINT DE SCORBUT SERT ANNÉES AUPARAVANT

Éruption type. — Hémorrhagies limitées à la région céphalique.— Marche paroxystique.— Glace et antiscorbutique. — Guérison.

Si deux états morbides ont une ressemblance frappante, c'est, à coup sûr, le scorbut et le purpura hœmorrhagien. Deux symptômes, fondamentaux et constants, *éruption de taches sanguines, hémorrhagies multiples,* leur sont communes. Cependant, la marche de la maladie, plus rapide dans le purpura, la fièvre, presque toujours absente dans le scorbut; les causes, mieux appréciées dans celui-ci, l'état des gencives rarement fongueuses dans celui-là, ont paru autoriser nombre d'auteurs à décrire deux entités. Pour quelques écrivains, et c'est notre avis, le purpura et le scorbut sont deux formes d'une maladie unique, formes presque identiques par la physionomie et le traitement, et issues d'une diathèse hémorrhagique accidentelle dont la maladie de Werlof réalise assez bien l'expression aiguë et le scorbut l'état chronique. Cette diathèse hémorrhagique accidentelle, cette fragilité générale des capillaires, résulteraient d'une mauvaise nutrition de vaisseaux par des éléments viciés et insuffisants. Cette diathèse se distingue, par son caractère passager, de l'hémophylie où la diathèse hémorrhagique, en puissance ou en acte, est permanente. Dans l'observation suivante, le même sujet ayant, à sept années d'intervalle, subi les deux modes de la diathèse hémorrhagique accidentelle, on pourra saisir aisément, et sans autres réflexions les nuances, les transitions, les différences et les analogies de ces deux modes.

Le nommé Th. cordonnier, 28 ans, est né d'un père mort de phthisie à 40 ans et d'une mère morte cancéreuse à 42. Aussi est-il d'une constitution délicate, avec teint pâle, taille effilée et voûtée, et tout l'habitus tuberculeux des anciens. Il n'avait pourtant jamais été malade, lorsque en 1871, soldat enfermé dans Paris, il prit le scorbut après une période prodromale signalée par un malaise intense, une grande faiblesse, un abattement profond ; il se déclara, au bout d'un mois, un gonflement des gencives suivi

de ramollissement fongueux, suppuration, odeur infecte et vacillation des dents. Beaucoup de ses camarades, frappés de la même affection, étaient couchés à l'hôpital près de lui. Le médecin lui répéta plusieurs fois qu'il avait le scorbut et lui appliqua le traitement approprié. Le cas fort benin, avec peu de taches sanguines, presque pas d'hémorrhagies ; enfin la guérison suivit promptement la levée du siège et fut obtenue avant la fin du 3e mois.

Interrogé sur la cause de cette attaque scorbutique, Th. déclare n'avoir souffert ni de la fatigue, ni du froid, ni du manque de nourriture, ni de l'insalubrité du logement. Le médecin, du reste, ne mit en cause que l'usage excessif de la viande salée. Depuis lors la santé restait bonne, quand le 17 fév. 1878, Th. fait à pied une tournée de sept heures dans la haute montagne couverte de 50 centim. de neige et par un froid très-vif. Pendant quatre jours *seulement*, du 18 au 22, un peu de malaise et de céphalalgie attribués à la fatigue. Le 22 au matin, les gencives commencent à saigner de toutes parts ; dans la journée, plusieurs épistaxis. Le soir, à ma première visite, d'innombrables pétéchies tatouent le corps entier, excepté la face où elles sont rares. Le purpura hœmorrhagique est évident. Tête lourde, veines jugulaires très distendues, régions sterno-mastoïdiennes chaudes, tuméfiées et douloureuses : le pouls, grand et rebondissant, bat cent fois ; il y a de la fièvre, le molimen, exceptionnel dans ces circonstances, est incontestable. Les hémorrhagies continuent et fournissent un sang rouge. Je prescris : Eau de Rabel, sinapismes, compresses froides.

Le 23 : 400 gr. de sang rouge ont été exhalés pendant la nuit, provenant *des gencives, du pharynx et de l'oreille*, aussi l'éréthisme est tombé, le malade est mieux, non abattu, debout, sans fièvre, avec un pouls à 84. Sans l'hémorrhagie pharyngienne il aurait dormi. La tuméfaction douloureuse du cou a presque disparu.

Mais le nombre des pétéchies est incalculable, surtout aux membres inférieurs à l'endroit des sinapismes où elles dégénèrent en larges ecchymoses ; très-nombreuses aussi à la taille où elles figurent la ceinture que le sujet porte habituellement. Leur forme est arrondie ; leur couleur varie du rose vif au noir bleu, leur étendue de un point à une pièce de 20 cent., si on excepte les ecchymoses On en trouve un certain nombre sur la muqueuse labio-bucco-pharyngée et une sur la conjonctive gauche.

Je prescris : perchlorure de fer 30 gouttes, bains de pieds, gargarismes avec la décoction de quinquina acidulée.

Le 24. — Depuis hier matin les gencives ont fourni 500 gr. de sang plus noir que précédemment De là une certaine prostration des forces, de l'inquiétude et de la pâleur.— Cependant le pouls, à 60, est plein et fort, la peau moite, la tête libre, et il n'y a pas d'autre hémorrhagie que celle des gencives des huit incisives, — sommeil trois heures, — même traitement. — alimentation, repos au lit.

Le 25. — Nouvelle hémorrhagie de deux verres de sang noir provenant des gencives et d'une epistaxis ; nouvelle poussée pétéchiale sur tout le corps ; nouvelle tuméfaction douloureuse du cou. — L'abattement et la teinte cireuse de la face font des progrès — peau chaude, pouls à 72. — Pourtant le malade n'accuse aucune souffrance et a dormi quelques heures. Même traitement ; toucher les gencives avec le perchlorure de fer pur.

Le 26. — *Même état aggravé*. Vu l'insuffisance du perchlorure, je m'empresse d'ordonner la glace *intus* et extra, j'insiste sur l'alimentation, le vin et j'ajoute une potion alcoolisée.

27 et 28. — *Un mieux considérable est obtenu*. Les hémorragies ont à peu près cessé ; les pétéchies qui, presque tous les jours, donnaient une poussée nouvelle, paraissent stationnaires ; la faiblesse est moindre, le sommeil suffisant. — Mais, pour la première fois, 7 jours après le début de l'affection, il est constaté une odeur prononcée des gencives.

1 et 2 mars.— L'amélioration générale s'accentue : appétit, sommeil, retour des forces, langue bonne, pouls à 66, moral excellent. Les pétéchies, passant par les phases connues de l'ecchymose, s'effacent. Mais les *gencives suppurent légèrement, donnent de l'odeur et les dents sont mobiles*.

Prescription : vin antiscorbutique — citrons — gargarismes avec décoction de quinquina.

3 au 8 mars. — La tuméfaction des gencives antérieures persiste, surtout là où les hémorrhagies ont été rebelles. Légère suppuration avec odeur sensible. Mobilité des dents. Par contre, l'état général est satisfaisant, et le malade commence à sortir.

9 au 13 mars. — Convalescence. La gingivite s'arrête de plus en plus. La traitement fut continué jusqu'à la fin du mois.

En résumé, ce malade, d'une complexion héréditaire débile et prédisposé par un scorbut antérieur, ayant subi une marche forcée et l'impression saisissante d'un froid rigoureux, fut atteint de purpura. Après quatre jours de légers prodromes, l'affection, caractérisée par l'éruption sanguine et les hémorrhagies, éclata avec toute sa violence. Les pétéchies procédèrent par poussées quotidiennes; les hémorrhagies, actives au début, comme l'indiquaient le gonflement chaud et douloureux des veines cervicales, le sang rouge et l'excitation fébrile, devinrent promptement passives et incoercibles. L'état va s'aggravant jusqu'au sixième jour, où survient une brusque amélioration. A ce moment, une gingivite, d'allure scorbutique bénigne à la vérité, se déclare et n'est guérie qu'un mois après. Cette gingivite retarde peut-être mais n'arrête pas la convalescence de la maladie. Le *traitement* par le perchlorure de fer a complétement échoué ; la glace, au contraire, a donné un résultat immédiat et décisif L'action rapide de ce

moyen, au sixième jour d'une maladie habituellement plus longue et *paraissant s'aggraver*, ne m'a pas paru douteuse. Les gargarismes au quinquina ont aussi très bien agi contre la gingivite (1).

20 juin 1879.

Dr Bozenet,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES PRIX DU CONCOURS MÉDICAL

Nous avons promis à nos adhérents de développer successivement les divers points qu'effleure notre programme du 5 juillet. Nous indiquions que notre première préoccupation serait la valeur de la rédaction scientifique du *Concours médical*.

Nous avons assuré convenablement le budget de nos rédacteurs stables. Il s'agit d'accroître ce que nous pouvons espérer de ce côté. La façon la plus logique d'y parvenir consiste à entrer, dès ce moment, dans les voies de notre *Société de concours médical*. Vous allez juger avec nous, que c'est là, le moyen le plus efficace de rétribuer indirectement tout confrère, membre fondateur, participant, ou abonné qui nous aura adressé un ou plusieurs articles.

Nous instituons aujourd'hui un prix de *cinq cent francs* qui sera délivré le 1er juillet 1880. Il portera le nom des deux donateurs qui mettent en ce moment cette somme à notre disposition.

Les juges de ce concours seront déterminés ultérieurement et d'après les intentions des fondateurs du prix, celui-ci sera attribué au meilleur travail de médecine ou de chirurgie pratiques fourni par un de nos confrères fondateur, participant ou abonné du journal.

Les juges ne devront pas tenir compte, dans leurs appréciations de ce fait que l'auteur serait ou non attaché à la rédaction salariée du journal.

Vous penserez, avec nous, que cette institution de prix contribuera à la valeur scientifique du *Concours médical*.

En effet, vous savez que d'ordinaire nous ne connaissons que le jour des récompenses et par le simple énoncé de leurs titres, les travaux qui obtiennent les prix distribués par les grandes académies, au nom de nombreux et généreux donateurs.

Ces prix sont souvent de valeur considérable et ne portent pas tous les fruits qu'on serait en droit d'en attendre, parce que les œuvres qu'ils récompensent ne sont lues souvent que par les hommes de science pure.

Les prix du concours médical, moins élevés, seront affectés à des travaux plus modestes, mais lus par nos confrères, qui n'auront qu'à se reporter à l'article favorisé. Ils jugeront alors, par eux-mêmes du mérite d'une étude dont la valeur aurait pu leur échapper à première lecture. Nous ferons tous notre profit de cet examen rétrospectif pour notre avancement scientifique.

Nous invitons ceux d'entre nos membres participants ou fondateurs, auxquels leur situation de fortune ferait un scrupule de recevoir le journal gratuitement et qui voudraient encourager cette institution des prix de notre société, à nous adresser la somme quelque modeste qu'elle soit, dont ils sont prêts à disposer pour créer un 2e prix.

Ce prix portera le titre de prix des membres fondateurs et participants. Le directeur membre fondateur, sous le n° 1000, s'inscrit pour la somme de 100 francs. Chaque donateur voudra bien nous faire connaître à quel genre de travail il estime que ce prix devrait être affecté. Les juges des concours s'efforceront de s'inspirer des vœux de la majorité. Ce prix sera d'une valeur au moins égale à celle du précédent.

Le Directeur,
Dr Aug. Cezilly.

EXTRAITS DES STATUTS DE L'ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

1° Le siége de la *British Medical Association* doit être en Angleterre.

2° Les objets en vue desquels elle est établie, consistent dans l'avancement de la science médicale et des sciences accessoires, ainsi que dans le maintien de l'honneur et des intérêts de la profession à l'aide de tous ou quelques-uns des moyens suivants :

(*a*) Par des réunions périodiques des membres de l'Association et en général de toutes les personnes qui exercent la médecine, réunions tenues dans différents points du pays.

(*b*) Par la publication de toutes les informations désirables, sous la forme d'un journal périodique, propriété de l'association.

(*c*) Par la publication accidentelle d'actes ou autres écrits.

(*d*) Par la distribution de sommes d'argent, prises sur les fonds de l'association, destinées à provoquer l'avancement des sciences médicales et accessoires et délivrées de temps en temps d'une manière déterminée.

(*e*) Et par tous les procédés légaux qui viseront les buts ci-dessus indiqués et pourront y conduire.

3° Quelle qu'en soit la source, les revenus et propriétés de l'association seront appliqués seulement aux objets mentionnés plus haut, et ne pourront être employés au profit des personnes qui, durant un certain temps, sont ou auront été membres de l'association.

5° Tous les sociétaires sont responsables des dettes ou responsabilités contractées par l'association avant le temps où ils ont cessé d'en faire partie.

ARTICLES DE L'ASSOCIATION

Ils indiquent que l'association a été fondée par 100 membres. Le conseil a la faculté d'en accroître le nombre; ils déterminent les conditions des admissions; fixent à 25 livres par an le montant de la cotisation. Ils indiquent que le défaut de versement suspend les priviléges des sociétaires. Les membres honoraires, affranchis de toutes les responsabilités, peuvent être élus, sur la proposition du Conseil en assemblée générale

Peuvent être membres honoraires les médecins ou savants distingués de l'Angleterre et de ses colonies et toutes les personnes qui auraient rendu à l'association des services signalés.

Les articles déterminent la forme des assemblées générales, leur procédure, la composition du Conseil et le mode de formation des branches de l'association dans les diverses parties du royaume.

Les dignitaires de la société sont les présidents et vice-présidents ; le président du Conseil, l'éditeur

(1) Depuis cette grave maladie, ce jeune homme s'est toujours bien porté.

du journal, le secrétaire. Les deux derniers reçoivent des émoluments fixés de temps en temps par les assemblées générales.

Des avis sont transmis par l'association aux divers membres soit directement, soit par lettres.

Une résolution spéciale peut déclarer la dissolution volontaire de l'association.

Toutes les communications faites au journal de l'association sont la propriété de celle-ci, à moins de déclaration contraire du Conseil réservant les droits des personnes qui en font l'envoi, etc.

SOCIÉTÉS SAVANTES

—

Académie des Sciences. *(Séance du 30 juin).* — M. Bonjean (de Chambéry) a adressé à l'Académie pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, un mémoire manuscrit et une brochure *sur l'emploi de l'ergotine.*

M. *Ranvier* communique une note *sur une substance nouvelle de l'épiderme et sur le processus de keratinisation du revêtement épidermique.* Nous aurons occasion d'entretenir nos lecteurs de ce travail, lorsque M. Ranvier aura complété ses recherches et ses expériences.

Académie de Médecine. *(Séance du 8 juillet.* — M. le docteur Mauriac, (de Bordeaux), envoie la traduction d'une brochure intitulée : *La propylamine, la triméthylamine et leurs sels, étudiés au points de vue pharmacologique et thérapeutique,* par le docteur Costa Alvarenga, de Lisbonne.

M. le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui le 10 juillet 1875.

Ce pli cacheté, ouvert séance tenante par M. le Secrétaire perpétuel, est relatif au traitement du prolapsus du rectum par les injections d'ergotine.

La discussion s'est ensuite engagée sur les conclusions du Rapport de M. le docteur Lagneau, relatif *à l'utilité de la coopération des médecins traitants à la statistique des décès et le meilleur moyen d'obtenir ce concours.*

La discussion continue et nous la résumerons dans notre *chronique professionnelle.*

Société clinique de Paris. — M. le prof. Peter a communiqué à la Société quelques faits relatifs aux *températures morbides locales* dans *le cas d'affections des organes abdominaux* que nous empruntons au compte rendu officiel de cette Société. (*France médicale.*)

Un malade présentait des signes de dyspepsie très-accusés, avec amaigrissement progressif. L'état cachectique permettait de supposer l'existence d'un cancer de l'estomac, cependant il n'y avait ni vomissements, ni tumeur à la région épigastrique. On prit avec soin la température épigastrique et l'on trouva 37°,3, tandis que la température axillaire était 36°,8.

Le malade mourut et, à l'autopsie, on constata l'existence d'une tumeur cancéreuse ayant envahi la paroi postérieure de l'estomac et une partie de la grande courbure. Le cardia et le pylore étaient intacts.

Il est évident que la température locale épigastrique était de 1°,8 plus élevée qu'à l'état normal. Or ce fait ne se rencontre pas dans le cas de dyspepsie simple. Il ressort de ceci, que, dans le cancer de l'estomac, la température locale est plus élevée que la température moyenne normale, qui est de 35°,5, et que, par conséquent, le diagnostic peut en être puissamment éclairé, lorsque l'on ne peut constater de tumeur de la région.

Dans un autre cas observé par M. Peter, la température était augmentée de 0°,8.

Société de Biologie. — M. Leven continue ses recherches sur les maladies de l'estomac. Dans une communication à la Société de Biologie (séance du 28 juin), il a cherché à établir que la *dyspepsie n'est pas fatalement liée à la goutte.* Il a présenté des moulages en plâtre des mains et des oreilles d'un malade qui était manifestement goutteux sans ressentir le moindre trouble dyspeptique.

M. *Leven* attribue ce fait à la misère dans laquelle il vivait et qui l'a condamné à une abstinence presque complète de boissons alcooliques. Si la dyspepsie accompagne si souvent la goutte, il faut l'attribuer aux excès des malades, gens ordinairement riches et qui deviendraient dyspeptiques sans avoir besoin de devenir goutteux.

M. *Vidal* appelle l'attention de ses collègues sur les *points douloureux épiphysaires dans les affections viscérales.* Dans l'ulcère et le cancer de l'estomac, les douleurs sont ressenties surtout au niveau de la sixième apophyse dorsale ; dans les affections hépatiques, au niveau de la quatrième ; enfin, dans la pérityphlite, surtout quand l'enflammation affecte le tissu cellulaire de la fosse iliaque plutôt que le péritoine, la douleur répond aux points d'emergence des deux premières paires lombaires gauches.

Pour M *Leven*, dans les affections de l'estomac, les douleurs occupent soit le pneumo-gastrique, soit le grand sympathique. Dans le premier cas, on observe de la dyspnée, des palpitations, des étouffements ; dans le second en même temps que les douleurs sont plus profondes, elles s'accompagnent de troubles vaso-moteurs dans le bras gauche et la moitié correspondante du tronc.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA DYSPNÉE CARDIAQUE

Le médicament qui a rendu le plus de service à M. le professeur G. Sée dans les cas de dyspnées cardiaques continues est l'iodure de potassium. C'est surtout quand les phénomènes dyspnéiques sont liés à une lésion du tissu cardiaque lui-même (dilatation des cavités du cœur, dégénérescence du muscle cardiaque) que les effets de l'iodure sont remarquables. Cependant, il est encore utile dans les lésions valvulaires.

L'erreur de diagnostic consistant à prendre pour un asthme vrai une simple dyspnée cardiaque est, dans l'espèce, sans inconvénient, puisque, dans l'asthme, le médicament peut rendre encore de grands services. (Trousseau, G. Sée, Hyde-Salter, Pidoux, Jaccoud.)

L'iodure agit, dans ces cas, en augmentant, ou plutôt en liquéfiant les sécrétions bronchiques, de manière à les rendre plus *perméables* à l'air et en facilitant singulièrement la respiration (G. Sée).

La dose employée par M. G. Sée est de 1 gr. 25 par jour, qu'on augmente graduellement jusqu'à 2 à 3 grammes.

Prenez : Iodure de potassium. . . 10 gr.
— Sirop d'écorces d'oranges. 200 »

2 à 4 cuillerées par jour. — Chaque cuillerée doit être délayée dans un verre d'eau. L'iodure de potassium est relativement mieux supporté par les cardiaques que par les autres malades. Il y a chez eux, selon M. G. Sée, une certaine tolérance pour ce médicament.

Les inconvénients de cette médication sont les suivants : Il peut en résulter : 1° un suintement sanguinolent de la muqueuse buccale et même bronchique et des hémoptysies chez les tuberculeux (la phthisie est donc une contre-indication formelle du traitement) ; 2° de l'amaigrissement, qui devient, chez les individus obèses, une circonstance favorable à la guérison ; 3° la perte des forces, qui indique la nécessité absolue de cesser le traitement ; 4° enfin, la perte de l'appétit.

Afin d'obvier aux inconvénients de l'iodisme, on peut associer l'opium à l'iodure. Ainsi :

Prenez : Iodure de potassium. . . . . 10 gr.
— Sirop d'écorces d'orange. . 200 »
— Extrait thébaïque. . . . . . 0.10 à 0.15 c.
m. s. a.

(A prendre 2 à 4 cuillerées par jour.)

L'extrait thébaïque peut être remplacé par le sirop diacode (50 gr.). L'opium a, dans ces cas, l'avantage de faire mieux supporter l'iode et de diminuer la toux, qui augmente elle-même l'oppression.

Une autre combinaison qui rend les plus grands services est celle de la digitale et de l'iodure.

L'un calme et apaise la dyspnée en s'adressant au poumon, l'autre en relevant la force contractile du cœur et en modifiant la tension vasculaire.

Voici un exemple de formule :

Prenez : Julep gommeux. . . . 100 gr.
— Iodure de potassium. . 2 »
— Teinture de digitale. . 40 gouttes.
m. s. a.

ou bien :

Extrait de gentiane. . . . . 0.10 c.
Poudre de feuilles de digitale. . . . 0.15 »
(Prenez une pilule.)

Prendre une pilule trois fois par jour en même temps qu'on fait usage de la solution d'iodure indiquée plus haut.

Enfin, comme certains malades supportent très-difficilement la digitale, on peut lui substituer le chloral, qui rend aussi, dans ces cas, de précieux services :

Prenez : Julep gommeux. . . . . . 120 gr.
Iodure de potassium. . . . 2 »
Chloral hydraté. . . . . . 4 »
m. s. a.

A prendre de deux heures en deux heures dans la journée.

De l'influence du traitement antiseptique sur la mortalité des plaies de tete, par D. A. Estlander.

Depuis 1860, Estlander a traité 341 cas de blessures de la tête proprement dite, c'est-à-dire sans comprendre les plaies de la face. Jusqu'en 1870, il suivit les anciennes méthodes de pansement et à partir de cette époque il appliqua le pansement de Lister selon les préceptes exposés par le chirurgien anglais.

Cette statistique est très intéressante, tant à cause du nombre des cas observés que des résultats obtenus et qui sont imputables à l'emploi du pansement antiseptique.

L'auteur a divisé, pour rendre ses résultats plus évidents et les mieux comparer, le nombre total des cas observés en trois groupes. Dans le premier, il range les plaies simples de téguments. Dans ces cas la différence, quoique peu sensible, est toute en faveur de pansement de Lister. Dans le second groupe, il comprend les plaies avec dénudation du cuir chevelu Pendant la première période, de 1860 à 1870, la mortalité était de 24 pour cent ; dans la seconde elle a baissé jusqu'à 1/5 pour 100. Grâce au pansement antiseptique la dénudation du crâne ne devrait plus être considérée comme une aggravation de plaies de tête.

Dans le troisième groupe sont rangés les cas compliqués de fractures de la voûte crânienne et de lésions de l'encéphale.

Avant 1870, Estlander perdit le 3/4 des blessés qui présentaient des lésions, des os du crâne et du cerveau, tandis que le pansement antiseptique lui en a sauvé les *cinq-sixièmes* Pendant les deux périodes, les fractures de la base du crâne où le pansement ne peut être mis en question, lui ont fourni le même résultat. L'auteur fait remarquer que si on imputait ses résultats à des erreurs de diagnostic, l'efficacité du traitement ne pourrait en être infirmée, puisqu'il compare les résultats de deux périodes où le diagnostic était établi par lui à l'aide des mêmes signes. Les erreurs, s'il y en a, resteraient donc relativement les mêmes après l'introduction de la méthode de Lister.

CHRONIQUE

L'Académie de médecine tiendra sa séance annuelle le mardi 15 juillet à trois heures précises, sous la présidence de M. Baillarger.

Ordre du jour :

1° Rapport général sur les prix décernés en 1878, par M. le docteur Bergeron, secrétaire annuel.

2° Prix proposés pour 1880 ;

3° Histoire d'un livre : Michel Servet et la circulation pulmonaire, M. le docteur A. Chéreau, associé libre de l'Académie, bibliothécaire de la Faculté de médecine.

*
* *

— École supérieure de pharmacie de Paris. — Le prix biennal Gobley, de la valeur de 2,000 fr., sera décerné, cette année, à l'auteur du meilleur ouvrage sur un sujet se rattachant aux sciences pharmacologiques.

Les pharmaciens français et les élèves ayant au moins quatre inscriptions seront seuls admis à prendre part au concours.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de l'École avant le 10 août, à l'état de manuscrit, et n'avoir pas encore été publiés.

*
* *

— Association médicale Britannique. — On fait de grands préparatifs en Angleterre et en Irlande pour la réunion d'un congrès médical, qui doit avoir lieu à Cork les 5, 6, 7 et 8 août. Ce congrès est le 47e meeting annuel de la « *British médical Association* », qui compte plus de 8,000 membres dans le Royaume-Uni. De grandes fêtes seront données à Cork à cette occasion, et les médecins qui auront pris part au congrès se rendront en excursion aux principaux lacs de l'Irlande.

*
* *

— Bibliothèque a New-York. — La bibliothèque Lennox, du nom de son fondateur, vient d'être inaugurée à New-York. L'édifice est en marbre blanc. Feu Lennox a doté ce bel établissement, le plus considérable du nouveau monde, d'un capital de quatre millions de francs et d'une somme considérable pour achat de livres. La collection Lennox, qui forme le premier fonds de la bibliothèque, était l'une des plus considérables des Etats-Unis. Elle abonde en éditions rares.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 3 — 19 juillet 1879.

BULLETIN DE LA SEMAINE.

La séance publique annuelle de l'Académie de Médecine a eu lieu mardi dernier sous la présidence de M. Baillarger.

M. Bergeron, secrétaire annuel, a lu son rapport *sur les prix décernés en 1878*, pour nous en tenir, du moins, aux termes du programme de la séance, car en réalité *un seul prix* a été décerné. Le secrétaire a constaté, non sans regret, que six fois les commissions n'ont pu statuer faute de concurrents, et que six autres fois elles n'ont pas trouvé qu'il y eut lieu de récompenser par l'intégralité du prix les mémoires envoyés. Les travailleurs mettent une indifférence regrettable à répondre aux questions de l'Académie. Y-a-t-il là un peu de sévérité de la part des juges des concours ?

M. Bergeron a terminé son rapport par un touchant souvenir aux académiciens décédés récemment; Tardieu, Chauffard, Gubler, Folly, Piorry, Jacquemier.

M. Bergeron s'est acquitté de la tâche quelque peu ingrate qui lui incombait, pour la première fois, avec beaucoup de tact et de mesure; plusieurs passages de son travail, notamment sa péroraison empreinte des sentiments les plus élevés et les plus délicats, ont été chaleureusement applaudis. La difficulté était rendue encore plus grande par le souvenir du prédécesseur de M. Bergeron et on a compris l'émotion qu'il ressentait de succéder à cet homme d'un esprit si fin qu'on nomme Henri Roger.

M. Chéreau, membre libre de l'Académie, bibliothécaire de la Faculté de Médecine de Paris a lu ensuite un travail intitulé : *Histoire d'un livre* : *Michel Servet et la circulation pulmonaire*.

Le livre est intitulé "*Christianismi Restitutio*" du médecin-théologien espagnol Michel Servet de Villeneuve, publié à Vienne en Dauphiné en 1553, il fut tiré à mille exemplaires, selon le témoignage de Servet lui-même. Deux exemplaires subsistent seulement aujourd'hui. L'un appartient à la bibliothèque impériale de Vienne, l'autre à notre bibliothèque nationale.

L'histoire de ce dernier, perdu et retrouvé, vendu et revendu, a été raconté dans toutes ses vicissitudes par le savant académicien avec une verve et un talent remarquables.

Ce précieux exemplaire porte encore sur ses marges les signes accusateurs, qu'y traçait le pénétrant et inflexible théologien Colladon, accusateur de Servet. Dérobé au bûcher par une main inconnue, il porte encore sur ses feuillets noircis la marque du feu qui devait l'anéantir. Son auteur fut lui-même condamné à être brûlé vif comme hérétique, et l'exécution eut lieu à Genève le 27 octobre 1553. La scène tragique de la mort de Servet a été racontée avec des détails pleins de sombre intérêt par M. Chéreau.

Mais le point nouveau que l'auteur a mis en lumière nous regarde de plus près. M. Chéreau a cherché à prouver que la découverte de la circulation pulmonaire généralement attribuée à Michel Servet d'après les passages du cinquième livre de la *Restitution* du *Christianisme* appartenait en réalité à Realdus Colombus, de Crémone, élève et successeur de Vesale dans sa chaire de Padoue que M. Chéreau appelle le Claude Bernard du XVIe siècle. On trouve, en effet, dans le septième livre *de re anatomica*, exposée la même doctrine que celle de Servet sur la circulation du sang. Jacques Douglas (*Bibliographiæ anatomicæ specimen*— Londres 1715) accusait Colombus d'avoir emprunté cette description à Servet. C'est précisément l'opinion contraire que M. Chéreau a soutenu avec une science bibliographique et une érudition incontestables. Le succès du lecteur a été très grand et pendant plus d'une heure il a su tenir attentif et charmé l'auditoire trop peu nombreux de cette solennité académique.

Nous donnons ci-après la liste des récompenses décernées. Dans le prochain numéro, nous donnerons la liste des prix proposés pour l'année 1880.

REVUES GÉNÉRALES

I.

DE LA MÉDICATION SALICYLIQUE

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

(Suite.)

Nous avons vu qu'il était difficile dans l'état actuel de la science d'expliquer les effets thérapeutiques de la médication salicylique, par la physiologie expérimentale.

Voyons rapidement les affections dans lesquelles on a administré l'acide salicylique ou le salicylate de soude pour nous attacher surtout à son action dans le rhumatisme articulaire et la goutte, laissant de côté l'usage externe et l'action topique du médicament.

MALADIES SEPTIQUES. — *Diphthérie.* — C'est en se basant sur l'action de l'acide salicylique sur les bactéries et les vibrions qu'on a été conduit à l'employer dans cette affection. Les résultats sont ou peu probants ou absolument incroyables. Ainsi Wagner signale quinze cas de diphthérie guéris par des doses

de un à trois grains toutes les deux heures ; mais le médicament échoue quand la toux devient croupale et que les fausses membranes envahissent le larynx. Steinetz, de Breslau, a traité par l'acide salicylique onze cas de diphtérie laryngée et trente-quatre cas d'angine scarlatineuse diphtéroïde, et il n'aurait eu que deux cas d'insuccès concernant des diphtéries vraies ! Schultze, Weber, Fontheim, Ruch, Stuart, Vail, Dessau ont constaté des faits de guérison. En même temps que l'acide salicylique était administré à l'intérieur, on l'employait aussi en gargarismes.

M. Sée a observé un cas de diphtérie vraie chez une jeune femme ; les fausses membranes ont rapidement disparu et ne se sont pas reproduites. M. Sée attribue la plus grande part de ce succès à l'action locale antiseptique du médicament.

M. Bergeron, qui a expérimenté à l'hôpital Sainte-Eugénie, a constaté l'utilité des applications locales, mais doute beaucoup de l'efficacité du médicament pris à l'intérieur dans le traitement de cette grave affection (Moizard. Thèse de Paris). La solution employée par M. Bergeron comme topique modificateur est une solution au vingt-cinquième.

Fièvre typhoïde. — C'est aussi bien comme antipyrétique que comme antiseptique que le médicament a été employé dans la fièvre typhoïde. C'est aussi dans cette maladie que la plupart des auteurs ont noté un abaissement de température assez marqué (1 a 2 degrés) et un ralentissement de la respiration (12 à 4). Cependant, il faut remarquer que, dans beaucoup de cas, l'acide salicylique n'était pas seul employé. Buss, le premier, fit des expériences comparatives avec 2 grammes de sulfate de quinine et 4 à 8 grammes de salicylate de soude. C'est à ce dernier qu'il donna la préférence ; il vit même la température s'abaisser de 2 degrés, mais ce médecin employait aussi des bains, auxquels on peut attribuer, en grande partie, cette réfrigération.

Les résultats obtenus au point de vue de la mortalité ne sont pas très concluants. Fischer donne 9 morts sur 23 cas (39 pour 100) ; Garcin, sur 11 cas, compte 2 morts (18 pour 100) ; Goldtammer, sur 56 cas, à 14 morts, soit 25 pour 100 ; Schrœder, sur 211 cas, 14 morts, soit 14 pour 100. D'autre part, à côté de ces moyennes, parfois très élevées, nous avons la statistique de Jahn de Stuttgard. Comparant les cas observés en trois années, il a trouvé en 1872 une mortalité de 30,7 pour 100 ; en 1874, le traitement par les bains froids, méthode de Brandt, donne une mortalité de 9,5 pour 100, et enfin, en 1875-76, sous l'influence de l'acide salicylique, elle descend à 7,7 pour 100. Enfin, la durée du traitement a été diminuée dans de grandes proportions.

Rappelons que c'est dans la fièvre typhoïde que Wolfberg et Goldtammer ont noté des ulcérations et des hémorrhagies imputables, selon eux, au traitement par l'acide salicylique.

M. N. Guéneau de Mussy prescrit aussi l'acide salicylique dans la fièvre typhoïde en limonade préparée au moyen d'une solution alcoolique d'acide dans un soluté de sirop acidulé avec du jus de citron. Ce que cherche M. Guéneau de Mussy, ce n'est pas l'action antipyrétique du médicament, mais seulement sont action antiputride. Il ne dépasse pas une dose de 1 gramme.

M. Jaccoud a expérimenté aussi le salicylate de soude et il le regarde comme un antipyrétique. La dose employée était de 8 grammes en deux fois et l'abaissement de la température a commencé une demi-heure après l'administration, variant de un degré à un degré et demi. M. Jaccoud conseille de donner au malade un litre et demi à deux litres de liquide dans les 24 heures *afin de favoriser l'élimination par les reins des matières solides excitée* par cet agent. On évitera ainsi que la densité de l'urine ne s'exagère et ne produise des accidents de néphrite catarrhale. — Deux fois seulement, sur vingt cas, la rémission a manqué.

M. G. Sée, si affirmatif à l'égard des bons effets du salicylate de soude dans le rhumatisme, est très réservé quand il s'agit de la fièvre typhoïde.

Ses observations sont au nombre de 12 et jamais il n'a noté une défervescence vraie et durable, mais seulement des abaissements temporaires de la température variant de quelques dizièmes de degré. « Je n'ai trouvé, dit-il, une véritable réfrigération que chez deux typhiques ; le thermomètre s'abaissa de 39 à 37, mais il était survenu en même temps un délire persistant qui ne cessa que par la suppression du traitement. Il est vrai qu'immédiatement aussi la chaleur remonta à près de 40°. Or il est inutile d'insister sur le danger d'acheter une défervescence douteuse au prix d'accidents de ce genre. La conclusion de toutes mes recherches expérimentales et cliniques est entièrement défavorable à cette médication, l'acide salicylique ne saurait être considéré comme un antipyrétique. »

Il nous est difficile d'après ces faits de ne pas partager l'avis de M. Musy (th. de Paris 1877) qui arrive aux conclusions suivantes : « Dans les périodes d'augment et d'état de la fièvre typhoïde, le salicylate de soude et l'acide salicylique n'agissent pas sur la température ; s'ils l'abaissent c'est par suite d'une véritable intoxication caractérisée par un délire spécial ; dans ce cas dès qu'on cesse le médicament, le thermomètre remonte rapidement à son point de départ, en même temps que le délire disparait.

« Dans la période de déclin, c'est à la marche naturelle de la maladie qu'est due la diminution de la calorification. »

On pourra objecter que les doses employées par M. Jaccoud, par exemple, (8 grammes) ne sont pas excessives. Mais il faudrait savoir si le médicament

ne s'accumule pas d'une façon toute particulière dans cette grande phlegmasie. — M. Gubler insistait beaucoup sur les dangers du salicylate de soude quand les reins étaient congestionnés. Cette congestion était toujours augmentée. L'élimination est alors entravée et la dose de 8 grammes peut devenir une dose toxique. Qu'on se reporte aux effets des médicaments salicyliques à hautes doses et l'on verra qu'ils peuvent produire des effets que la thérapeutique ne peut rechercher sans danger.

Quant aux statistiques allemandes, il en faut beaucoup rabattre. On sait ce que Brandt et ses adeptes ont annoncé à propos des bains froids dans la fièvre typhoïde, et ces résultats sont de nature à faire réfléchir tout clinicien sérieux sur la valeur des diagnostics en pareil cas.

Enfin quand il s'agit de fièvre typhoïde, nous sommes porté de rejeter les statistiques établies presque toutes sur des éléments disparates et qui, par conséquent, ne peuvent se comparer.

Enfin nous trouvons dans la clinique de M. le professeur Vulpian un fait bien intéressant au point de vue qui nous occupe. Il s'agit d'une jeune femme entrée à la Charité pour un rhumatisme articulaire sub-aigu, traité par le salicylate de soude (6 à 8 gr. de salicylate de soude par jour) et qui fut prise dans le cours du traitement d'une fièvre typhoïde. Ce fait, ainsi que M. Vulpian le fait remarquer, est bien propre à démontrer le peu d'influence du médicament sur la dothiénenterie.

S'il faut nous résumer, nous dirons que rien n'autorise à penser que *le salicylate de soude soit capable, aux doses thérapeutiques, d'abaisser la température dans la fièvre typhoïde* qu'en présence de cette constatation et en raison de l'importance capitale de cet élément dans cette maladie, il serait téméraire d'attacher à son administration, une influence que la clinique ne légitime pas, et nous serions tenté de conseiller à ceux qui en désirent faire usage d'imiter la conduite de M. Guéneau de Mussy, conduite qui a l'avantage de ne pas faire concevoir au médecin l'espérance de *guérir* une fièvre typhoïde.

Dr P...

(*A suivre.*)

II

DE LA PECTORILOQUIE APHONE

(*Suite.*)

Jusqu'ici, nous n'avons considéré la pectoriloquie aphone qu'au point de vue de sa constatation pure et simple; il faut maintenant que nous l'examinions pendant le cours de la maladie.

En premier lieu, il arrive fréquemment que l'on a à examiner, au début, une pleurésie sèche précédant une pleurésie avec épanchement; or, comme l'épanchement est la condition *sine qua non* de production du symptôme que nous étudions, on comprend que, dans bon nombre de cas, on ne trouvera pas, à cette période, de pectoriloquie aphone.

L'épanchement se produit soit consécutivement à une pleurésie sèche, soit d'emblée, et nous devons nous demander si la forme et la disposition de l'épanchement auront une influence sur le signe de Baccelli.

La surface de niveau de l'épanchement varie avec sa quantité; tantôt, en effet, il se compose de deux parties, une partie inférieure formée par la masse liquide qui a pris la place du lobe pulmonaire refoulé, une supérieure formée par une couche mince, qui monte, par une sorte de capillarité, entre le poumon et la paroi costale ; cette partie prolongée en lame s'élève de plus en plus à mesure que le poumon cède, et, comme le dit M. Jaccoud, « tant qu'elle existe, elle représente une espèce d'*anche vibrante*, et elle est la cause physique de plusieurs signes sthétoscopiques qui caractérisent les épanchements partiels ».

Si, à ce moment, le liquide subit une augmentation brusque qui achève de refouler le poumon, cette lame verticale s'affaisse, le niveau s'aplanit, de sorte que l'épanchement a augmenté et qu'à la percussion, le niveau du liquide semble avoir baissé, puisque la ligne de matité supérieure est moins élevée (Jaccoud).

Il est bien évident que cette anche vibrante, constituée par la lame de liquide qui monte entre le poumon et la paroi costale est tout à fait favorable à la production de la pectoriloquie aphone. A ce moment on pourra percevoir le signe de Baccelli dans une étendue assez considérable, puis, cette étendue pourra diminuer, l'épanchement modifiant la disposition de sa surface de niveau, sans cesser pour cela de conserver sa nature séreuse, c'est là une cause d'étonnement sinon d'erreur d'interprétation contre laquelle il est bon de se prémunir.

Quel rôle joue l'affaissement plus ou moins complet du poumon dans la production du symptôme qui nous occupe? Nous avons vu que M. Guéneau de Mussy pensait que l'atélectasie des couches superficielles du poumon pouvait, en modifiant la transsonnance, empêcher la production de la pectoriloquie aphone. Il semblerait donc, d'après cela, que ce symptôme eût besoin, pour se produire, que l'air pénétrât jusque dans les vésicules pulmonaires voisines de l'épanchement. Le plus ordinairement, la compression n'aplatit que les derniers ramuscules bronchiques; mais quelquefois aussi, quand l'épanchement est très abondant, il peut agir même sur les grosses divisions, les oblitérer par aplatissement et y empêcher l'arrivée de l'air. Que va-t-il se passer dans ce cas? Ce point nous paraît encore fort obscur. S'il nous est permis cependant de rapporter ici ce que nous avons pu observer, nous tâcherons d'en tirer une conclusion. Il s'agit d'un malade chez lequel un épanchement en masse s'était produit avec

une rapidité presque foudroyante; le malade étouffant une intervention était urgente, et l'on fit la ponction avec l'appareil Potain. Le malade ayant un peu toussé, on arrêta l'écoulement du liquido. Il était sorti trois litres. Il restait encore dans la plèvre assez de liquide pour donner dans le tiers inférieur de la cavité thoracique une matité absolue. Or, dans ce cas, on constatait dans toute l'étendue de la cavité thoracique, la pectoriloquie aphone de la façon la plus nette. Nous croyons donc que les épanchements d'une abondance extrême, qui refoulent le plus le poumon, peuvent cependant présenter le signe de Baccelli. D'autres explorations sont nécessaires sur ce point, car ce fait viendrait infirmer l'opinion de M. Guéneau de Mussy, qui dit : « J'ai peine à croire que la pectoriloquie aphone reste appréciable quand l'épanchement est très considérable et que le poumon, atélectasié dans toute son étendue, est aplati et comprimé contre la paroi du thorax. »

Si nous étudions maintenant la nature de l'épanchement et les modifications qu'elle peut subir nous aurons d'abord à tenir compte d'une opinion de Baccelli sur les collections qu'il nomme albumino-fibrineuses. Dans ces cas, pour le professeur de Rome, on devrait percevoir la pectoriloquie aphone à la partie supérieure seulement de l'épanchement, tandis que sa disparition à la partie inférieure où se précipitent, en vertu de la pesanteur, les concrétions fibrineuses et albumineuses, permettrait de préciser à quelle hauteur s'élèvent ces dépôts.

Mais ici le signe de Baccelli nous semble en défaut, nous avons déjà vu que, dans des épanchements purulents, la pectoriloquie aphone avait été quelquefois constatée à la partie supérieure de l'épanchement et nous avons expliqué ce fait en disant que les éléments figurés s'accumulaient à la partie déclive de la plèvre. Si donc le même phénomène se produisait pour des dépôts fibrino-albumineux, le signe de Baccelli se trouverait sans valeur. Nous pouvons donc dire que : *dans le cours d'une pleurésie, la disparition du signe de Baccelli à la partie inférieure d'un épanchement pleural et sa persistance à la partie supérieure n'ont pas de valeur pour le diagnostic,* puisqu'on ne peut savoir s'il s'agit d'une accumulation de leucocythes ou de dépôts fibrino-albumineux. Dans ce cas c'est l'examen du malade par la méthode ordinaire qui, seul, permettra d'établir le diagnostic entre les deux variétés.

Enfin Baccelli dit encore : « Quand l'épanchement a pour constitution morphologique un liquide rempli de leucocythes purulents, quand il est libre dans la cavité du thorax, la transmission de la voix aphonique se réduit graduellement à son minimum et s'éteint complètement. »

Ainsi d'après Baccelli on pourrait assister, en quelque sorte graduellement, à la transformation de l'épanchement, et c'est à l'aide de ces faits qu'il explique la disparition successive des consonnes du mot trente-trois. A l'appui de cette opinion M. N. Guéneau de Mussy signale une observation où il a pu, en effet, assister à la transformation d'un épanchement séreux en épanchement purulent coïncidant avec les modifications de la pectoriloquie aphone jusqu'à sa complète extinction.

De sorte que si la pectoriloquie aphone, unie aux autres signes ayant permis de diagnostiquer une pleurésie séreuse, vient à disparaître un jour, on pourrait dès ce moment, et d'après MM. Baccelli et Guéneau de Mussy, affirmer qu'il y a dans l'épanchement une modification consistant en une transformation purulente.

Ici encore nous croyons devoir faire des réserves. Il ne rentre pas dans notre plan de discuter la transformation purulente des épanchements pleuraux et pour rester dans notre sujet nous estimons que, dans ce cas, le signe de Baccelli se trouvera fréquemment en défaut. Il suffira pour cela de production neo-membraneuses sur la surface du poumon et de la plevre pariétale, la conductibilité ou, pour employer l'expression de N. Guéneau de Mussy, la transsonnance se trouvant modifiée, on ne constatera plus la pectoriloquie aphone. Le même fait pourrait encore se produire par une modification inflammatoire survenant dans les alvéoles superficielles du poumon, ce qui produirait le même effet que l'atelectasie des couches superficielles et nous avons vu que l'atelectasie gênait la production de la pectoriloquie

Dans ce cas *la disparition de la pectoriloquie aphone ne signifiera transformation purulente de l'épanchement que lorsqu'elle coïncidera avec les autres signes habituels de la purulence; ce sera en faveur de la purulence une probabilité de plus, mais ce ne sera pas une certitude.* C'est à ces termes que nous croyons devoir réduire la valeur de la pectoriloquie aphone pour le diagnostic des épanchements purulents. Au reste Baccelli dit lui-même « Si le chuchotement n'arrive pas à l'oreille qui ausculte avec netteté, l'épanchement est purulent ou tient en suspension un grand nombre de flocons néo-membraneux. »

Enfin il existe un certain nombre de pleurésies, où la résolution se fait difficilement ou ne se fait pas: tantôt l'état général reste ce qu'il était, il ne subit aucune modification, ni au point de vue de la fièvre ni au point de vue de la nutrition, et l'établissement de la chronicité n'est caractérisé que par la persistance du liquide : tantôt l'état général devient rapidement grave, frissons, fièvres, sueurs, etc , et les auteurs disent alors que la pleurésie subit la transformation purulente. Mais il existe des cas où l'état devient grave sans que cependant il y ait transformation purulente de l'épanchement ; il est important alors de savoir qu'il n'y a pas pleurésie purulente puisque l'intervention sera toute différente et que le malade pourra éviter l'empyème. Alors la constatation de la persistance d'une pectoriloquie aphone nette sera de la plus grande utilité. M. Gueneau de Mussy rapporte à ce propos un exemple trop fra

pant pour que nous ne le citions pas en quelques mots.

« Un homme était entré à l'hôpital pour un épanchement pleurétique considérable qui datait de deux à trois mois et qui paraissait consécutif à une carie des côtes, on crut à un épanchement purulent et on songeait à l'empyème, mais on constata la pectoriloquie aphonique *dans toute la hauteur de l'épanchement*. On fit une ponction, il sortit un liquide séreux. »

Le même auteur rapporte d'autres cas où la résolution se faisait mal sans qu'il y eut de symptômes généraux graves, et dans lesquels on put éviter la ponction simple par la constatation de la pectoriloquie aphone. La maladie cédait à un dernier vésicatoire. L'expectation n'avait été décidée qu'avec la certitude que l'épanchement était resté séreux.

Ainsi, *dans une pleurésie où la résolution ne se fait pas, la persistance de la pectoriloquie aphone parfaite indique que l'épanchement reste séreux et peut permettre de modifier le traitement ou tout au moins de retarder des interventions graves*.

Tels sont les différents cas où la valeur de la pectoriloquie aphone nous a paru mériter considération au point de vue du diagnostic des épanchements purulents.

Mais il est toute une catégorie d'épanchements dont nous n'avons pas encore parlé et qui contiennent des éléments figurés, ce sont les épanchements de sang.

M le Dr R. Moutard-Martin, dans sa thèse inaugurale (1878), divise les pleurésies hémorrhagiques en trois groupes : 1° Pleurésie hémorrhagique simple néo-membraneuse ; 2° Pleurésie hémorrhagique tuberculeuse ; 3° Pleurésie hémorrhagique cancéreuse.

Dans le premier groupe on constate, dit-il, les signes ordinaires de la pleurésie simple avec épanchement modéré : matité, son skodique, souffle doux, égophonie, absence ou diminution des vibrations et de la respiration; mais il n'est pas question de la pectoriloquie aphone. — Dans le second groupe il en est de même. — Mais dans le troisième groupe, formé par les pleurésies hémorrhagiques cancéreuses, nous trouvons dans l'obs. XII qu'il existe de la pectoriloquie aphone très-caractérisée, non pas à la base de la poitrine, mais à partir de la partie moyenne. Le liquide retiré par la ponction était *franchement sanglant, rouge écarlate*, il contenait 51 pour 1000 de matières organiques et de sels minéraux. En relatant ce fait d'existence de la pectoriloquie aphone dans un épanchement hémorrhagique, M. R. Moutard-Martin ajoute : « Il ne serait pas impossible que le signe constaté par MM. Baccelli et Guéneau de Mussy devînt un élément du diagnostic de la pleurésie hémorrhagique aussi bien que de la pleurésie purulente. » Il nous paraît probable que ce signe, ainsi que le montre l'observation rapportée par l'auteur, n'existerait dans tous les cas de pleurésie hémorrhagique qu'à la partie supérieure de l'épanchement comme nous l'avons constaté dans certains cas de pleurésies purulentes ou dans celles que Baccelli appelle albumino-fibrineuses. Dans tous les cas, le diagnostic de la pleurésie hémorrhagique est assez difficile pour qu'on ne doive pas négliger l'examen d'un signe de cette importance. D'autres travaux sur ce sujet sont d'ailleurs nécessaires pour en fixer la valeur.

III

DU TRAITEMENT DE L'ANTHRAX

L'anthrax est une affection commune que le praticien rencontre souvent, dont la nature est à peu près hors de conteste et qui cependant, au point de vue du traitement donne lieu à des divergences de vues des plus caractérisées.

Il nous a semblé intéressant de donner un aperçu des différentes opinions des chirurgiens sur cette question, dont l'intérêt pratique n'échappera à personne.

L'*anthrax* est une tumeur de nature inflammatoire qui a pour siége primitif l'appareil glandulaire pilo-sébacé, s'étend au derme périphérique et au tissu cellulaire sous-jacent, détermine la mortification de ces tissus et s'accompagne de phénomènes généraux souvent graves. Dans le *furoncle* un petit nombre seulement de glandes sébacées se trouvent envahies, tandis que, dans l'anthrax, l'inflammation s'étend à un groupe plus ou moins considérable :

L'anthrax est un furoncle poly-glandulaire.

Il n'est pas inutile de rappeler ici que l'anthrax se rencontre souvent chez des individus dont l'état général est grave, qu'il paraît être alors le résultat d'un trouble général de la nutrition. Les relations de l'anthrax et du diabète sont connues depuis les travaux de Cheselden, de Duncan, de Prout, de Marchal de Calvi et de Wagner. On a même cité des cas où un diabète passager s'est montré dans le cours d'un anthrax et n'a persisté que pendant sa durée. (Prout, Wagner, Charcot, Philippeaux et Vulpian).

La gravité de l'anthrax résulte des deux causes suivantes : l'état général du malade et le siége de l'affection. On sait, en effet, que les furoncles et les anthrax de la face donnent lieu à des complications rapidement mortelles.

C'est en raison précisément de cette gravité des furoncles et des anthrax de la face que le mode de traitement de ces tumeurs acquiert une importance capitale pour le praticien. M. Verneuil pouvait écrire en 1864 à propos de ce cas « j'ai vu mourir tous ceux qui en étaient atteints. »

Rappelons brièvement les causes de la gravité des anthrax de la face. Autrefois les chirurgiens attribuaient à une sorte de malignité inhérente à la maladie elle-même la terminaison fatale qu'ils observaient dans ces cas. On trouve employées les expressions d'*œdème malin*, d'*anthrax malin* ou *charbonneux* des lèvres pour désigner l'anthrax de la face.

C'est à Trüde (1860), que l'on doit l'explication des cas de mort survenus dans l'anthrax des lèvres. Ce médecin fit voir qu'il se produisait une phlébite des veines de la face, pouvant gagner les veines cérébrales par la veine ophthalmique.

Des faits nombreux et probants, des autopsies, sont venus confirmer cette opinion aujourd'hui acceptée de tous. Citons les travaux de Follin, de Dubreuil, de Ledentu, de Verneuil, de Trélat, de Broca, de Valette (de Lyon) et de Reverdin.

La face est très vasculaire, elle l'est surtout aux lèvres, au lobule du nez; sur la ligne médiane des anastomoses nombreuses sillonnent la peau et les tissus sous-jacents d'un réseau très-serré.

D'autre part, si l'on pratique une coupe un peu profonde d'un anthrax de la lèvre, on voit sur la surface de la coupe des petits grains jaunâtres, que la pression ne peut réussir à faire soudre.

Dans les autres lésions de la face qui ne présentent pas la même gravité, le pus peut librement sortir par une incision, tandis que, dans l'anthrax, les produits inflammatoires sont infiltrés en foyers multiples dans les mailles fibreuses de la face profonde du derme, le tissu cellulaire qui se trouve entre les attaches musculaires en est infiltré et il faut à ces produits un certain temps pour arriver au dehors. (Reverdin.)

Dans ces conditions les deux complications à redouter sont la phlébite et la pyohémie.

Il n'y a pas à faire de distinction au point de vue de la gravité du pronostic entre le furoncle et l'anthrax de la lèvre, qui néanmoins sont susceptibles de guérir sans aucune complication

Il peut même arriver qu'une phlébite survienne, mais qu'elle reste limitée et n'entraîne ni phlébite du sinus ni infection purulente.

Rien ne semble annoncer à l'avance l'apparition de cette terrible complication, elle éclate brusquement sans signes précurseurs.

Résumons ces différents faits :

L'anthrax est une affection qui, sur toute autre région du corps que la face, emprunte seulement sa gravité à son volume et à l'état général du malade.

A la face, le furoncle et l'anthrax, en raison de la richesse vasculaire de la région, peuvent donner lieu à une phlébite qui peut entraîner la mort de deux façons ; tantôt en se propageant aux sinus de la dure-mère et s'accompagnant de lésions plus ou moins avancées des méninges et du cerveau ; tantôt en donnant lieu à l'infection purulente.

Y a-t-il un mode de traitement unique de l'anthrax ?

Giraldès, dans une discussion à la Société de chirurgie (1865), s'exprimait ainsi : « Je pense donc que la variété et la nature de l'anthrax ainsi que la région où il se développe doivent faire varier le traitement qui ne saurait rationnellement rester le même partout et toujours. »

« Il n'y a pas de traitement invariable de l'anthrax, dit M. Trélat, toute méthode exclusive est mauvaise par cela même qu'elle est exclusive, qu'elle expose à ne pas faire assez ou à faire infiniment trop. »

Les traitements proposés sont les suivants : le traitement abortif par les vésicatoires préconisé par M. Jules Guérin;

L'incision profonde à ciel couvert, (Dupuytren, Marjollin, Velpeau, Denonvilliers, Nelaton, Reverdin) ou sous cutanée (Alph. Guérin);

La cautérisation au fer rouge (Valette, Desgranges) ou au thermo-cautère (Verneuil);

Enfin l'expectation pure et simple conseillée par MM. Gosselin et Després.

Traitement de l'anthrax par les vésicatoires. — M. Jules Guérin (Ac. de Méd. 1876) conseille d'appliquer sur l'anthrax, sur la zone la plus enflammée, même au *summum* de cette inflammation, un large vésicatoire percé au centre pour permettre à un topique approprié de neutraliser le germe septique et sa dissémination. M. Guérin attribue au noyau ou bourbillon de l'anthrax une malignité spéciale. Nous avons vu les raisons anatomiques qui expliquaient cette prétendue malignité. Selon l'auteur, cette application a pour effet immédiat d'enrayer tous les accidents, de calmer la douleur, de changer la consistance de la tumeur, de lui enlever sa résistance, sa rougeur, en mot d'en faire une tumeur absolument bénigne et inerte, dont l'énucléation, s'il y a lieu, favorisée par les moyens ordinaires, s'exécute sans qu'il soit besoin de recourir à l'action du bistouri. Il faut que l'application du vésicatoire se fasse à la première période de la maladie et que son action soit prolongée jusqu'à une vésication complète.

L'application du vésicatoire peut-elle être tentée dans l'anthrax de la face ? Nous ne le pensons pas et les raisons en sont faciles à comprendre. Le praticien pourra y avoir recours dans tout autre région s'il s'arrête à ce mode de traitement.

Incision profonde.—On reconnaît beaucoup d'avantages à l'incision; on soulage, dit-on, d'abord la douleur parfois très-vive, de plus on facilite l'élimination des parties mortifiées et on accélère ainsi la cicatrisation, enfin on prévient son extension.

Paget oppose à ces raisons les arguments suivants : Il n'y a pas de signe à l'aide duquel en examinant un anthrax commençant, on puisse dire qu'il s'éten-

dra ou non, qu'il aura un diamètre d'un, de trois, de six ou dix pouces... J'ai vu, dit-il, des anthrax à marche envahissante dans un nombre de cas aussi grands, après l'incision, que sans elle. D'après une impression générale très-forte, je dis que les anthrax s'étendront après l'incision dans une proportion aussi considérable que sans l'incision. » Quant à la douleur, Paget a vu des cas où même après l'incision profonde, elle persistait encore jusqu'à la fin de la cicatrisation.

Pour M. Gosselin, l'incision a encore l'inconvénient d'exposer à l'érysipèle et à l'infection purulente.

Doit-on absolument proscrire ce mode de traitement?

Dans le furoncle et l'anthrax des lèvres, M. Reverdin recommande l'incision; or, sur 25 cas compliqués, on compte 16 morts; sur 6 cas rapportés par M. Verneuil et traités par l'incision, nous notons 6 décès, et dans ces dernières observations on voit toujours que l'état du malade empire avec le nombre d'incision.

Ces faits nous paraissent suffire pour faire rejeter l'incision au moins dans l'anthrax de la face.

Afin d'obvier aux inconvénients indéniables des incisions, M. Deucé recommande de cautériser vigoureusement au fer rouge après l'incision et de penser la plaie avec le perchlorure de fer. Follin conseille l'application de flèches au chlorure de zinc, Boinet emploi la teinture d'iode.

Cautérisation au fer rouge. — « Nous avons, dit M. Valette, pour guérir l'anthrax, quand il n'est pas lié, cela va sans dire, à une maladie diathésique constitutionnelle, un spécifique infaillible, plus infaillible encore que le sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre intermittente, ce spécifique, c'est le fer rouge... Si vous l'employez à temps et d'une manière convenable, vous arrêterez constamment la marche de la maladie. »

M. Valette a eu l'occasion de voir 9 fois un anthrax de la lèvre supérieure; huit malades traités par le fer rouge, ont guéri avec rapidité. Quant au neuvième il se refusa à ce mode de traitement et il succomba à la pyohémie.

Cautérisation au thermo-cautère. — M. le prof. Verneuil a, un des premiers, expérimenté le thermo-cautère et en fait aujourd'hui un usage journalier.

Dans les anthrax de la lèvre supérieure, qui sont si redoutables, dit M. Verneuil (cité par Bernard Gonzague, th. de Paris, 1878), les cautérisations au thermo-cautère sont héroïques et arrêtent le mal, mais il faut que la cautérisation soit profonde.

Dans les anthrax de la nuque et du dos qui sont si douloureux et si volumineux, M. Verneuil fait partir les cautérisations, en forme de rayons, du sommet de l'anthrax et les prolonge au delà de la zone malade dans la zone saine d'un centimètre au moins, puis près de la zone saine, entre les rayons de cautérisation, il plonge le thermo-cautère à une profondeur de 2 à 3 centimètres.

Dans les anthrax des lèvres, on ne doit pas craindre d'enfoncer profondément le thermo-cautère, car ici, la cautérisation doit surtout consister en ponctions profondes et nombreuses. — La cautérisation est pénible à faire, de longue durée, quelquefois plus d'un quart d'heure.

La cautérisation calme les douleurs, elle dégorge rapidement les tissus et la tumeur diminue de volume. Elle favorise la cicatrisation et prévient la phlébite et l'infection purulente.

M. Bernard Gonzague rapporte 6 observations toutes suivies de guérison grâce à ce mode de traitement.

Autres caustiques. — Dans le cas où, pour une cause quelconque, le fer rouge ou le thermo-cautère ne pourraient être employés, M. Valette, conseille d'avoir recours à la cautérisation au chlorure de zinc; mais aucun caustique, il faut en être convaincu, ne remplacera jamais le fer rouge ou le thermo-cautère.

Expectation. — L'expectation est surtout conseillée par M. le Dr Desprès et plusieurs de ses élèves ont rapporté les statistiques de ce chirurgien.

Pour M. Desprès, tous les anthrax quels que soient leur siége et leur volume, lorsqu'il n'y a ni diabète ancien, ni phlébite, auxquels les incisions ne remédient en rien, guérissent bien sans incisions par de simples applications émollientes sur la tumeur. — C'est à la face surtout que M. Desprès conseille l'expectation. — Sur un total de 19 cas rapportés par le Dr Mary (Theo. Paris 1878), 3 seulement ont eu une terminaison funeste.

En somme, les partisants de la cautérisation et de l'expectation se sont attachés à montrer les inconvénients de l'incision. Ceux-ci sont indéniables et les statistiques de MM. Reverdin et Verneuil, pour les anthrax de la face, doivent, croyons nous, faire rejeter ce mode de traitement.

Reste donc l'expectation et la cautérisation. Nous avouons qu'il est fort difficile de se prononcer d'une façon absolue; mais en présence des succès obtenus par MM. Valette et Verneuil, nous estimons que leur pratique doit être imitée.

Dans les furoncles et les anthrax de la face, *surtout de la lèvre supérieure*, l'abstention en l'absence d'un élément de pronostite qui permette à l'avance de prévoir la gravité du mal, ne nous semble pas devoir être conseillée; nous pensons qu'il vaut mieux agir énergiquement et que les inconvénients incontestables du bistouri sont évités avec le cautère actuel ou le thermo-cautère. La doctrine de l'expectation soutenue si brillament par M. Desprès aura du moins contribué à rendre plus évidents les dangers du bistouri que signalaient déjà Malgaigne, Jarjavay Paget et Gosselin.

REVUE D'HYGIÈNE

LES ENFANTS NATURELS ET LA LOI PROTECTRICE DE L'ENFANCE.

L'hygiène de l'enfance est certainement fort étudiée de nos jours. La cause en est aux révélations faites relativement à la mortalité considérable qui la frappe.

Cette grosse question soulevée depuis longtemps par M. Bertillon, reprise par MM. Monot et Brochard a causé à un certain moment une émotion profonde qui a rejailli de la tribune académique à celle du Parlement.

En 1874, en effet, une loi est venue qui a eu pour objet la protection de l'enfance et l'étude de cette mortalité si terrible et si funeste au pays. C'est à l'initiative du Dr Th. Roussel, alors député, qu'elle est due et de fait, elle est partout connue maintenant sous le nom de loi Roussel. Mais les lois qui devraient être faites pour être rigoureusement observées, laissent, paraît-il, toujours quelque chose à désirer quant à leur application et la loi Roussel comme les autres, malgré son but utile et aussi malgré le zèle qu'a déployé son initiateur même, pèche beaucoup sur ce point.

Je ne parle pas ici seulement de la difficulté qu'ont éprouvée certains conseils généraux pour comprendre l'influence salutaire que devait avoir cette loi et de la nécessité qui s'imposait à eux de prêter à l'Etat un concours sans réserve, moral et financier ; il fallait en vérité, ne pas comprendre pour refuser de s'associer à une pareille protection ; mais je veux également mettre en relief certaines interprétations données à la loi, les textes à la main, et qui peuvent avoir, dans l'application, les plus funestes inconvénients.

Il s'agit ici des enfants illégitimes qui, bien qu'appartenant à une condition spéciale, ont besoin comme les autres enfants, plus que les autres même, de la protection légale.

Or la loi n'a pas parlé de ces deux catégories d'enfants, les légitimes, les illégitimes ; elle n'a pas pensé, elle n'a même pas voulu les séparer en matière de protection ; mais le règlement d'administration publique qui n'a pas songé probablement à les séparer non plus, est venu, cependant, par la précition rigoureuse de ses prescriptions élever une barrière qui arrête au seuil du placement en nourrice les enfants naturels.

Voici comment :

L'article 7 dit : Toute personne qui place un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde moyennant salaire, est tenue, sous les peines portées par l'article 346 du code pénal, d'en faire la déclaration à la mairie de la commune où a été faite la déclaration de naissance de l'enfant, ou à la mairie de la résidence actuelle du déclarant, en indiquant, dans ce cas, le lieu de la naissance de l'enfant, et de remettre à la nourrice ou à la gardeuse un bulletin contenant un extrait de l'acte de naissance de l'enfant qui lui est confié.

Il indique donc, en résumé, que pour placer un enfant en nourrice il faut faire une déclaration de placement à la mairie et accompagner cette déclaration de la remise à la nourice d'un bulletin contenant l'extrait de l'acte de naissance de l'enfant.

Or, d'après l'article 12 de la même loi, un règlement d'administration publique doit déterminer dans quelle forme, de quelle manière seront faites ces déclarations.

Et l'article 21 de ce règlement fait deux ans après la promulgation de la loi dit :

La déclaration prescrite par ledit article (art. 7) à toute personne qui place un enfant en nourrice, en sevrage ou en garde, moyennant salaire, est inscrite sur le registre spécial prévu par l'art. 10 de la loi.

Elle est signée par le déclarant.

Elle fait connaître :

1° Les noms, prénoms, le sexe, la date et le lieu de la naissance de l'enfant ;

2° S'il est baptisé ou non ;

3° Les noms, prénoms, profession et domicile des parents ;

4° Les nom, prénoms et domicile de la nourrice, servante ou gardeuse à laquelle l'enfant est confié.

5° Les conditions du contrat intervenu avec la nourice, sevreuse ou gardeuse.

Il ne semble pas, tout d'abord, qu'il y ait vraiment là de grandes difficultés, car pour un esprit peu ombrageux, la déclaration pourrait être incomplète sur certains points et demeurer néanmoins suffisante pour autoriser le placement. Mais il n'en est point, paraît-il, toujours ainsi, et l'on connaît des communes où les maires n'ont admis le placement en nourrice que si toutes les indications demandées par l'article 21 ont été fournies et enregistrées à chaque colonne correspondante du registre spécial. On cite même, ce qui est plus grave, des inspecteurs du service des enfants assistés, qui ont vivement poussé les maires et l'administration à accepter cette vigoureuse interprétation. Cependant chacun sait que la loi a fait entrer de droit ces fonctionnaires dans les commissions départementales protectrices de l'enfance et que le règlement d'administration les en a décrétés l'âme et le soutien. Il convient donc vraiment d'éclaircir ce point qu'on cherche en certains endroits à rendre obscur à plaisir.

Peut-il tomber sous le sens le plus vulgaire qu'un enfant naturel, présenté par une sage-femme ou un docteur en médecine à une mairie avec un bulletin de l'extrait de naissance de l'enfant et une nourrice, ne pourra, en présence de M. le maire, être remis à la nourrice si l'on refuse de déclarer les noms et prénoms des parents de cet enfant que l'état civil lui-même déclare être né de pére et de mére inconnus.

Comprend-on cette contradiction flagrante et cette intolérance ridicule qui consiste à ne regarder que le texte de l'article 21 du règlement d'administration et à exiger que le déclarant satisfasse à tous les points dudit article. Si cette théerie pouvait avoir une apparence de raison, il faudrait que ceux qui l'entendent ainsi voulussent bien remarquer aussi que ce même article 21 dit que le déclarant doit *signer* ; il est fort probable que les infortunés qui ne savent pas écrire ne trouveront pas non plus grâce devant la la rigueur inflexible et la logique prétentieuse de ces apôtres de la lettre.

Des faits authentiques sont venus révéler cette prétendue obscurité du texte de la loi et créer cette difficulté ; par cela même qu'ils se sont produits, il devient nécessaire de faire cesser promptement toute indécision sur ce point. Le Conseil d'Etat, j'en conviens, aura bien de la peine à refaire son règlement parce que certains fonctionnaires auront été y chercher ce qui n'y est pas ; mais, sans aller si loin, peut-être suffirait-il d'une courte note ministérielle disant aux incrédules que la loi respecte le secret de la naissance et ne refuse pas sa protection aux malheureux déshérités de la vie sociale. Probable-

ment, ils demeureraient alors satisfaits et pourraient abriter leur conscience inquiète derrière les prescriptions de l'autorité supérieure.

La question de la mortalité et de son étude mériterait aussi de nous arrêter un instant, mais, vu l'importance du sujet, nous y reviendrons plus tard.

Dr Gustave DROUINEAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTE SUR UN CAS DE VÉGÉTATION EXUBÉRANTE DU PHARYNX. — Par le docteur D. BELLENCONTRE, de Rouen.

Mme M..., couturière à Amfreville-la-Mivoie, prés Rouen, 27 ans, mariée, régulièrement menstruée, se présente à ma clinique le 20 novembre 1877.

Mme M... était d'une santé très robuste, pesait 75 kilogr., elle n'avait jamais eu aucune maladie antérieure syphilitique ou autre. — Depuis deux mois, elle a considérablement maigri, elle se plaint d'une sécheresse continuelle de l'arrière-gorge, d'une toux sèche, quinteuse, très fréquente et d'un besoin presque constant « *d'avaler comme une bouchée de pain* ». La voix est légèrement couverte par instant, elle se plaint d'une douleur sourde du côté droit du cou au point correspondant à l'amygdale, et d'une douleur dans l'oreille du même côté. Pas de surdité. — Elle n'a jamais eu d'angine et le poids total du corps a diminué de dix kilogrammes depuis 3 mois. A l'examen de la cavité pharyngo-buccale, en abaissant la langue, qui est normalement épaisse et large, on ne découvre aucune tumeur. La muqueuse pharyngienne est rouge, parsemée de quelques granulations fines, elle est sèche et luisante. — Pas de prolapsus de la luette; l'amygdale gauche est normale, la droite est un peu plus grosse que celle du côté opposé mais dépasse à peine les bords des piliers du voile du palais, un petit point blanc à la partie supérieure de cet organe laisse échapper sous la pression de l'ongle un peu de matière caséeuse.

Tout à fait à la partie inférieure de l'amygdale droite, en s'aidant d'un miroir laryngien, on aperçoit une petite masse charnue piriforme, de la grosseur d'une fève de Soissons, mobile et flottante sous l'influence d'une profonde expiration; insérée par un pédicule assez large, sur la partie latérale droite de la muqueuse du pharynx; pendant l'inspiration, la longueur du pédicule permet à cette végétation de reposer sur les replis pharyngo-épiglottique et glosso-épiglottique latéral et titille le sommet et le bord de l'épiglotte, ce qui provoque du chatouillement, des quintes de toux, des crachottements et des nausées. Les cordes vocales inférieures sont d'une blancheur nacrée normale. L'auscultation de la poitrine ne dénote aucune altération morbide des organes respiratoires.

Le 26 novembre, je tente la ligature préalable du pédicule de la tumeur, mais des contractions très violentes du voile du palais et la pusillanimité de la malade ne me permettent pas de réussir, et j'extirpe simplement cette végétation à l'aide de ciseaux et d'une pince de Museux. La malade perd fort peu de sang. Cette végétation examinée est formée d'un tissu adénoïde entouré d'une membrane assez dense.

Le 2 décembre, je vois la malade, elle n'a plus de douleur, plus de chatouillement, plus de toux; on n'aperçoit point l'endroit ou était inséré le polype.

Le 18 mai 1878 je vis Mme M..., elle se porte très bien, elle n'a plus dans la gorge la moindre sensation de corps étranger, les quintes de toux ont complètement cessé; au laryngoscope je ne trouve plus aucune lésion, elle a engraissé et est en train à son grand regret de reconquérir les 10 kilogrammes qu'elle avait perdus.

Les végétations exubérantes de cette partie du pharynx sont assez rares pour être notées, et cette observation m'a paru intéressante en plusieurs points. — Nous trouvons d'abord les accidents graves qui ont accompagné cette affection bénigne en elle-même, accidents qui ont ébranlé l'économie à un degré tel qu'il était possible, à la simple inspection de la malade, de présumer de sérieux désordres pulmonaires.

Notons ensuite l'insertion de cette végétation polypeuse en arrière des piliers du voile du palais, sa position qui, par une excitation continue et par action reflexe, détermine cette sensation de chatouillement dans le larynx, ces quintes de toux et ces efforts involontaires et volontaires de la malade pour se débarrasser d'un corps étranger dont elle a la sensation continuelle dans la gorge, puis enfin, la cessation immédiate, instantanée de tous accidents après une opération si simple et non suivie d'hémorrhagie que la largeur et la longueur du pédicule pouvaient faire redouter.

Dans ce cas, l'examen laryngoscopique a rendu un réel service, car malgré le toucher digital qui avait pu être pratiqué mais qui donnait une sensation confuse, le premier diagnostic porté par le médecin ordinaire de la malade avait été phthisie laryngée.

Cette observation, a en outre, quelque analogie avec les malades observés par W. Meyer, en Danemark, chez des enfants qui avaient des troubles de la phonation avec surdité causés par des végétations exubérantes naso-pharyngiennes. Comme chez ces derniers, le polype de notre malade n'est probablement qu'un follicule muqueux très hypertrophié.

Dr BELLENCONTRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 15 juillet 1879

Prix de 1878.

Voici les noms des principaux lauréats :

Prix fondé par M. le docteur Barbier. — Ce prix est de la valeur de 4,000 fr. Sept ouvrages ont concouru. L'Académie ne décerne pas le prix ; mais elle accorde à titre d'encouragement 2,000 fr. à M. le docteur Burq et 1,000 fr. à M. le docteur Roussel.

Prix fondé par M. le docteur Godard, 1,000 fr. — Six mémoires ont concouru. L'Académie ne décerne pas de prix ; mais elle accorde à titre de récompense, 600 francs à M. le docteur Auguste Pellarin, pour son ouvrage : *Des fièvres bilieuses des pays chauds en général*, et 400 francs à M. le docteur Testut, de Bordeaux, pour son travail intitulé *De la symétrie dans les affections de la peau.* Une mention honorable a été accordée à M. le docteur Armaingand, de Bordeaux.

Les prix de l'Académie et ceux fondés par MM. le baron Portal, Bernard de Civrieux et Capuron n'ont pas été décernés.

Prix fondé par le docteur Orfila. — Le sujet du prix était : *De l'aconitine et de l'aconit.* Valeur 6,000 fr.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Laborde, chef du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine, et à M. Duquesnel, pharmacien à Paris.

Prix fondé par M. le docteur Falret. 1,000 francs. — Un seul mémoire a concouru. L'Académie ne décerne pas ce prix; mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 500 francs, à M. le docteur Lagardelle, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille.

Prix fondé par M. le docteur Desportes; 2,000 fr. à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. — L'Académie ne décerne pas le prix; mais elle accorde une somme de 1,000 fr. à titre d'encouragement, à M. le docteur Lambert, médecin à Nice.

Prix et médailles accordés aux auteurs des travaux relatifs à l'hygiène de l'enfance. — 600 fr. à M. Gibert, médecin à Marseille ; 400 fr. à M. Macé, de Chelles ; une mention honorable a été décernée à M. Lacroix, inspecteur des enfants assistés à Mortagne.

Médaille d'or : M. le docteur Sanguin.

Médailles de bronze : MM. Pamard, Wintrebert, Bertherand, d'Alger, et Zinnis, d'Athènes.

Médailles accordées à MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales. — Médailles d'or : M. le docteur Niepce, et M. le docteur Reeb.

Médailles d'argent : MM. Barillé, Boissier, Boudant, Bouillard, Cazalis, Dubuc, Fredet, Laissus, Nogaret, Perelli et Sales-Girons.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. — Médaille d'or : M le docteur Alison, à Baccarat. — Médailles d'argent : MM. Bec, Veill, Bompaire, Druhen, Métadier, Balande, Farge, Homo, Aron, Claudot.

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine. — Le prix de 1,500 fr. a été partagé entre M. Henri Bernard, Mme Desblanques, sage-femme à Tourcoing, et Mme Subra, veuve Bories, sage-femme à Alger. Cette dernière a pratiqué un nombre considérable de vaccinations sur les Européens et sur les indigènes (de cinq à six mille).

Médailles d'or : MM. Benoit à Apt; Catel, à Saint-Dizier; La Saigne, à Tournon; Perret à Rennes.

En outre, cent médailles d'argent ont été décernées aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA CHORÉE, EN PARTICULIER PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉES DE LIQUEUR DE FOWLER.

On a fait remarquer avec assez de raison que les maladies réputées mortelles et celles dont on guérit d'ordinaire spontanément sont, en général, très bien pourvues de moyens thérapeutiques. C'est dans la seconde de ces catégories que se range la chorée et son arsenal thérapeutique n'est pas fait pour infirmer la régle générale.

Il en résulte que la question préjudicielle de savoir, s'il ne vaudrait pas mieux s'abstenir de toute intervention se pose tout d'abord. Cette opinion a été soutenue par deux médecins anglais MM. Gray et Tuckwell. Ils ont trouvé, pour 20 cas de chorée traités par l'expectation, une durée moyenne de 69 jours, c'est-à-dire la même que celle indiquée par M. le prof. G. Sée et résultant d'une statistique basée sur 117 cas soumis à des traitements variés.

Voici à ce sujet les moyennes fournies par divers auteurs sur la durée de la maladie :

G. Sée. . . .	69 jours dans 117 cas traités.
Wicke	80 jours dans 125 cas.
Gray	de 42 à 140 jours dans des cas non traités.
Tuckwell. . .	de 42 à 119 jours dans des cas non traités.
Hillier	70 jours dans 30 cas.

On peut objecter pour répondre à l'opinion de Gray et de Tuckwell que les statistiques fournies jusqu'à présent sont bien insuffisantes pour résoudre cette question comme le fait remarquer avec beaucoup de justesse M. le Dr Henri Garin (traitement de la chorée spécialement par l'arsenic, thèse de Lyon 1879.) Si l'on poursuivait d'ailleurs le raisonnement, on ne arriverait forcément à diviser les maladies nerveuses et, par extension, toutes les maladies en deux vastes classes : celles qui guérissent spontanément, et celles qui ne guérissent pas du tout. Dans les deux cas, il deviendrait inutile d'instituer un traitement quelconque.

De plus, il n'y a pas que le seul élément de *durée* à considérer dans le traitement de la chorée et s'il était tranché en faveur de la non-intervention, fait très contestable, il resterait encore un second élément non moins important, c'est celui de l'*intensité* de la maladie et le *danger des complications*. « Je ne doute pas des avantages que l'on peut retirer d'un traitement médical approprié, dit W. Hammond, autant pour abréger la durée de cette affection que pour prévenir son passage à l'état chronique ».

La question peut donc être considérée comme jugée : *il faut traiter la chorée.*

Nous pourrions passer en revue toutes les médications préconisées par les différents auteurs et cette énumération serait certainement hors de propos. Nous nous bornerons à insister sur quelques-unes d'entre elles,

On a eu recours soit à une médication externe, soit à une médication interne.

Parmi les moyens qui ont le plus d'efficacité nous devons noter les *vésicatoires* et les *cautères*, le long de la colonne vertébrale (Prichard, Chauveau); l'*application de 40 à 50 ventouses sèches* sur la colonne vertébrale (J. Simon); les *pulvérisations d'éther* et les *lotions glacées* sur la colonne vertébrale (Lubelski, de Varsovie, Jaccoud, Anstie, Perroud); les *courants ascendants faibles* (Benedikt, Remak, Jaccoud); la *métallo-thérapie* (Burq, Bouchut); l'*hydrothérapie*, soit sous forme de douches, soit sous forme de bains simples (Grisolle) ou sulfureux (G. Sée)

D'après M. G. Sée, la *gymnastique* est la méthode qui compterait le plus de succès après les bains sulfureux. Cet auteur mentionne 16 guérisons sur 22 cas de chorée, après un traitement de 29 jours de durée en moyenne. Dans les thèses de Gellé et de Picot (1863), on trouve une moyenne de 34 à 39 jours.

Le Dr West (leçons sur les maladies des enfants) insiste surtout sur la nécessité de faire exécuter aux enfants choréiques des mouvements rythmiques et cadencés. Comme G. Sée il recommande les exercices de chant.

La gymnastique employée contre la chorée doit être surtout une gymnastique simple et ne nécessitant pas de grands efforts musculaires, mais bien plutôt de l'attention de la part du petit malade pour les mouvements exécutés (Dr H. Garin).

Dans les cas graves, quand les mouvements convulsifs sont très étendus, le repos au lit est nécessaire et doit être prescrit.

La gymnastique, comme l'hydrothérapie, a pour principal effet de ranimer les forces de l'économie, d'exciter l'appétit et les fonctions nutritives et par conséquent de faire cesser l'état de langueur et d'anémie qui accompagne presque toujours la chorée.

Comme médicaments interne, nous ne dirons rien de la médication par le tartre stibié préconisée par Gillette et Trousseau, ni des antiphlogistiques.

La médication tonique, ayant comme synergiques l'hydrothérapie et la gymnastique, compte, à bon droit, de nombreux partisans. Pour M. J. Simon, le traitement de la chorée repose presque tout entier sur la médication tonique et excitante.

Parmi les médicaments du système nerveux, citons l'ésérine qui, paraît-il, a donné des succès à M. Bouchut, la strychnine préconisée par Trousseau et Gubler, mais malgré l'autorité de ces noms nous en déconseillons l'usage.

Le bromure de potassium est loin d'avoir l'action puissante qu'il possède contre l'épilepsie. La nécessité, d'ailleurs, de donner ce médicament à hautes doses pour obtenir une action utile, doit nécessairement s'opposer à son emploi.

Dans la médication *altérante* le Dr Garin range le sulfate de zinc et l'arsenic. C'est sur ces deux médicaments que nous allons nous arrêter.

En Angleterre et en Amérique le zinc est employé de préférence à tout autre médicament. Le Dr West le regarde presque comme un spécifique de la chorée, le Dr Stone qui a expérimenté comparativement le zinc, le fer et l'arsenic donne les moyennes suivantes do la durée du traitement.

Traitement par le sulfate de zinc. . .	44, 6	jours
— par le fer.	44, 2	—
— par l'arsenic.	26, 3	—

M. Hammond est très partisan de la médication par le sulfate de zinc, il l'administre à doses progressivement croissantes, depuis 10 à 15 centigrammes jusqu'à 1 gramme ou 1 gramme 50, trois fois par jour, dilué dans une quantité d'eau suffisante pour prévenir l'irritation gastrique. Dès que les symptômes choréiques commencent à disparaître, il diminue les doses aussi graduellement qu'elles ont été augmentées.

L'arsenic a été depuis longtemps employé dans la chorée, c'est Guersant père qui, le premier, en fit usage en France (1847) sous forme d'arseniate de soude à la dose de un milligramme 1/2 par jour. Nous citerons ensuite les noms de Rayer, d'Aran, de Barthez, de Gillette, de Picot, de Wannebroucq, d'Archambault, etc. En Angleterre, la médication arsenicale a été l'objet de nombreux travaux énumérés par le Dr Garin.

Le Dr Radcliffe est le premier qui employa les injections hypodermiques de liqueur de Fowler (1866), afin d'obvier aux accidents gastriques que l'ingestion du médicament par la voie stomacale causait aux jeunes malades.

Depuis 1875, le Dr Perroud, de Lyon, emploie les injections hypodermiques d'arsenic. Le Dr Garin résume son action dans la chorée en disant : Nous l'employons en temps que *nervin*, modificateur de l'innervation, et en temps que *tonique* général, modificateur de la nutrition.

Les injections sont faites dans le tissu cellulaire du bras ou de la jambe au moyen de la seringue de Pravaz, à la dose de 4 à 5 gouttes de liqueur de Fowler. On pratique une injection au plus tous les jours. Le plus souvent même on se contente d'en pratiquer une tous les deux ou trois jours. Quelquefois M. Perroud prescrit de faire les injections, à l'exemple de Radcliffe, du côté où prédomine l'agitation choréique.

Dans 33 cas, chez des petites filles, l'amélioration se montra dès le début du traitement. Le Dr Garin divise ses trente-trois cas de la manière suivante : 4 malades sont encore en traitement et sont retranchées par lui ; sur les 29 autres, 16 ont été traitées par les injections arsenicales seules, 13 concurremment avec d'autres médicaments.

La durée moyenne du traitement pour le premier groupe a été de 32, 19 jours et la durée moyenne de chaque chorée de 51, 44 jours.

Dans le second groupe, l'auteur rapporte les moyennes suivantes.

Durée moyenne de chaque chorée. . . .	107,62
— du traitement arsenical.	32,38
— des autres traitements.	26,46

Dans la première catégorie de faits, les phénomènes de saturation arsenicale ont été peu marqués. Tout s'est borné à des accidents purement locaux ; petites indurations inflammatoires, sans abcès. Dans le second groupe, au contraire, il a fallu parfois suspendre le traitement. Le Dr Garin attribue en partie ce fait à l'ordre de la médication suivie.

L'arsenic est moins efficace dans les chorées ancienne et récidivées. D'autre part, certains individus ne peuvent supporter le médicament. Cependant les phénomènes d'intolérance sont beaucoup plus rares chez les enfants que chez les adultes. Les jeunes malades acceptent très bien ce mode de traitement.

Dans toutes les observations du Dr Garin, nous voyons noter, en outre, une augmentation très sensible du poids du corps, en même temps qu'il a constaté parfois une diminution de la quantité des éléments solides de l'urine excrétée.

En somme sur 16 malades traités par les injections d'arsenic, la guérison a été obtenue après une moyenne de 32 jours de traitement et de 18 injections hypodermiques.

Sur 13 chorées soumises, avant le traitement arsenical, à d'autres médications, il y a eu 10 guérisons, mais il a fallu aussi plus de temps pour l'obtenir.

Parmi les conclusions du travail si intéressant du Dr Garin nous relevons les suivantes :

Nous considérons comme les plus utiles dans le traitement de la chorée : à l'extérieur, les *pulvérisations d'éther* et les *lotions glacées* sur *le rachis*; à l'intérieur, les *préparations arsenicales* et les *injections hypodermiques de liqueur de Fowler*.

La *gymnastique*, *l'hydrothérapie*, *l'électricité*, sont des adjuvants précieux.

Les injections hypodermiques de liqueur de Fowler sont préférées souvent :

1° Parce qu'on évite avec elles des troubles gastriques assez fréquents quand on a recours à la voie stomacale ;

2° Parce que l'effet curatif est généralement obtenu plus rapidement ;

3° Parce qu'elles nécessitent seulement l'emploi de très petites doses, administrées tous les deux ou trois jours ;

4° Les enfants acceptent le plus souvent sans difficulté les injections sous-cutanées arsenicales.

DES ÉRUPTIONS CUTANÉES PROVOQUÉES PAR L'INGESTION DE L'HYDRATE DE CHLORAL.

—

Nous reproduisons ici les conclusions d'une thèse du Dr Martinet (th. de Paris, 1879), sur ce sujet à cause de l'intérêt pratique qui s'attache à cette question des éruptions médicamenteuses.

1° L'ingestion du chloral détermine chez un certain nombre d'individus une éruption exanthémateuse, méritant le nom d'érythème chloralique, d-rash scarlatiniforme chloralique; si on en croit certains auteurs étrangers, on aurait observé quelquefois de l'urticaire et du purpura.

2° Cet érythème siège surtout à la face, au cou, sur le devant de la poitrine, au niveau des grandes articulations, du côté de l'extension, sur le dos des mains, des pieds, etc. Il apparaît après les repas, ou après l'ingestion de liqueurs alcooliques. Le plus souvent il n'y a pas de fièvre, durée très-courte ;

3° Il s'accompagne de dyspnée et de palpitations quelquefois intenses ;

4° C'est un phénomène se produisant chez certains individus prédisposés.

5° Il semble causé par une paralysie vaso-motrice, de même que la dyspnée et les palpitations qui l'accompagnent.

Les éruptions chloraliques ont été surtout signalées à l'étranger par Schüle, en Allemagne, Crichton, Browne, Winter Fischer, en Angleterre, les auteurs français mentionnent à peine ces accidents. Cependant cette année même, M. Mayor, interne de M. Vulpian a communiqué à ce sujet un intéressant travail à la Société clinique.

Dans presque toutes les observations publiées par M. Mayor et par M. Martinet on retrouve ce détail important à savoir : la récidive de l'éruption après la reprise du chloral d'abord supprimé.

La dose de chloral employée ne paraît pas non plus avoir grande importance au point de vue qui nous occupe.

Quant à l'explication pathogénique donnée par M. le dr Martinet, quoique assez vraisemblable, elle reste encore à démontrer.

CHRONIQUE

—

Chambre des députés. — *Commission du budget.* Nous extrayons du rapport lu par M. Edouard Millaud, dans la séance du 7 juin, les passages suivants :

Faculté de médecine de Paris. La commission a admis la création d'une chaire de clinique des maladies syphilitiques à la Faculté de médecine de Paris.

En 1862, à côté des chaires magistrales de clinique générale, furent constitués des cours supplémentaires de clinique spéciale. Ces enseignements spéciaux eurent un grand succès, ils rendirent à l'instruction des élèves des services tels, que la Faculté ne tarda pas à demander leur transformation en chaires magistrales. Trois chaires ont déjà été successivement inscrites au budget ; ce sont les chaires de maladies mentales, de maladies des enfants et d'ophthalmologie.

Dans la séance du 16 janvier dernier, le Conseil de la Faculté de médecine a émis, à l'unanimité, le vœu qu'une chaire magistrale de clinique des maladies cutanées et syphilitiques fût créée.

L'importance de cet enseignement ressort des matières mêmes qui rentrent dans son programme : la dermatologie et la syphiliographie.

La dermatologie comprend l'étude des maladies de la peau de tout ordre et de tout genre. Un des plus vastes hôpitaux de Paris, l'hôpital Saint-Louis, est spécialement consacré au traitement des maladies de ce genre.

La syphiliographie n'offre pas un cadre moins vaste.

La Faculté de médecine de Lyon a, dès son origine, été dotée d'une chaire qui comprend les deux enseignements La Faculté de médecine de Paris ne saurait être maintenue dans un rang d'infériorité.

Est-il nécessaire d'ajouter qu'à la syphiliographie se rattachent de nombreuses questions relatives à l'hérédité morbide, à la contagion, à la thérapeutique, à la médecine légale et surtout à l'hygiène publique ?

A l'étranger, des chaires spéciales sont consacrées, dans la plupart des facultés, à l'enseignement clinique de la dermatologie et de la syphiliographie.

Nous vous proposons donc d'inscrire au budget de 1880, un crédit de 15,000 francs pour la chaire de clinique des maladies cutanées et des maladies syphilitiques.

— Nous faisons des vœux pour l'adoption de cet article du budget et nous savons d'avance combien cette chaire nouvelle sera profitable aux élèves. Le nom du titulaire est d'avance dans toutes les bouches.

*
* *

La commission du budget vient d'accepter, après avoir entendu MM. Bert et Liouville à l'occasion d'un amendement déposé par plusieurs membres de la Chambre au chapitre 13 (Muséum d'histoire naturelle) du budget de l'intruction publique, la création d'une chaire de pathologie comparée.

Le gouvernement doit se rallier à cette utile proposition.

*
* *

— Les Zoulous a Berlin. — Le professeur Virchow a présenté, il y a quelque temps, à la Société anthropologique de Berlin toute une famille de Patagons. On annonce maintenant que le Jardin zoologique berlinois attend prochainement de Cafrerie un envoi qui aura un grand succès de curiosité. Ce sont six guerriers zoulous qui seront exhibés au public, armés de leur terrible javelot connu sous le nom de zagaie

*
* *

La fièvre jaune. — Washington, 14 juillet.

Le comité sanitaire de Washington a pris des mesures pour empêcher la fièvre jaune de se propager dans les États du Sud.

A Memphis, dans la nuit dernière, on a constaté deux cas de fièvre jaune suivis de mort.

Samedi, à Charleston, il y a eu quinze décès par suite d'insolation.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
1re Année. — N° 4 26 Juillet 1879.

REVUES GÉNÉRALES

—

I.

DE LA MÉDICATION SALICYLIQUE

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

(Suite.)

Rhumatisme articulaire aigu. — Si quelqu'un des adversaires de la médication salicylique se donnait la peine d'ouvrir les recueils périodiques français d'il y a une trentaine d'années, il verrait, sans doute avec un certain étonnement, que les arguments opposés par les médecins d'alors à l'emploi du sulfate de quinine dans le rhumatisme articulaire aigu étaient à peu près les mêmes que ceux qu'on emploie aujourd'hui contre le salicylate de soude.

Le sulfate de quinine était le grand coupable et Vigla était bien près de lui attribuer les cas de rhumatisme cérébral qu'il observait alors.

Depuis lors les appréhensions sont calmées, les craintes presque dissipées et le sulfate de quinine, du moins en France, a régné presque sans conteste au milieu des agents employés contre le rhumatisme articulaire aigu.

L'illustre auteur de la loi de coïncidence du rhumatisme et de l'endocardite est resté seul, inébranlable dans sa foi invincible de l'efficacité des émissions sanguines. Sa protestation devant le salicylate a pu sonner aux oreilles de la génération qui finit comme un vague écho du lointain et vaillant cri de guerre d'une école qui n'est plus aujourd'hui qu'un souvenir historique. On s'incline respectueusement, mais l'on passe.

Il y a dans les critiques que soulève l'emploi d'un remède nouveau, dans le scepticisme qui les accueille, quelque chose que nous appellerions volontiers un phénomène d'hérédité professionnelle. C'est le fonds commun des générations médicales, c'est la tradition qui proteste d'elle-même contre la doctrine nouvelle. Expliquons-nous : la saignée, dit l'un, *guérit* le rhumatisme et il s'insurge contre un remède nouveau qui, prétend-on, guérit aussi ce même rhumatisme ; et si le nouveau médicament détrône l'ancien, ce phénomène est si vrai, que le premier est pour ainsi dire oublié, et quand un troisième survient, la bataille recommence. Les sceptiques s'écrient : « Hâtez-vous d'en user pendant qu'il guérit encore. » Ils savent, les gens avisés, que le nouveau médicament est proche : ceci tuera cela.

Tout cela est bien prêt de changer avec les progrès de cette science féconde des Magendie et des Cl. Bernard, avec la *médecine expérimentale.*

Le médicament ne *guérit pas une maladie,* surtout une maladie comme le rhumatisme, mais chez un rhumatisant le médicament peut ramener une fonction déviée à son état normal soit en s'adressant à l'élément fièvre, soit à l'élément douleur. Le sulfate de quinine, outre qu'il abaisse la température, jouit encore de propriétés analgésiantes qu'on utilise dans le traitement de certaines névralgies, et il fut employé avec succès dans le rhumatisme articulaire aigu, maladie fébrile par excellence et douloureuse aussi ; et le salicylate de soude, on ne sait encore par quel mécanisme, calme avec une rapidité surprenante la douleur du rhumatisme et consécutivement la fièvre, et c'est avec raison que le salicylate de soude est employé contre cette même maladie. L'imminence morbide de la diathèse est si grande, le rhumatisme est si peu guéri, que si l'on suspend imprudemment le médicament trop tôt, la douleur et son cortége réapparaissent.

On peut résumer tout cela d'un mot : *il n'y a pas de spécifique.* Le salicylate de soude est utile dans le rhumatisme, n'attendez pas qu'il fasse d'un rhumatisant autre chose qu'un rhumatisant.

C'est bien l'empirisme qui a introduit dans la thérapeutique la plupart des médicaments, des *grands médicaments,* mais c'est la physiologie expérimentale qui permettra d'en analyser l'action et, par conséquent, d'abandonner cette humeur belliqueuse qui semble animer un certain nombre de médecins, les uns enthousiastes quand même, les autres détracteurs, certes, de bonne foi, mais aussi obstinés. L'acide salicylique est un exemple frappant de ce que nous avançons ; il guérissait tout : le rhumatisme et la goutte, la fièvre typhoïde et la diphthérie, et les fièvres éruptives, et le diabète !

A la confiance des premiers jours a fait place, chez un certain nombre, au scepticisme, à l'indifférence et on pourrait presque dire à l'animosité de celui qui avait fondé trop d'espoir sur un médicament. Que de choses ne pourrait-on pas dire sur ce sujet, que de médications qui ont eu semblable sort !

Quoi qu'il en soit, voici les résultats qu'annonçait M. G. Sée à l'Académie : sur 52 cas de rhumatisme aigu, dont 44 observés à l'hôpital, la cessation des douleurs survient en 24 heures et même en douze heures à la suite de l'ingestion du salicylate de soude ; la fluxion cède en deux ou trois jours même s'il y a hydartrose, en trois jours les mouvements redeviennent faciles et libres dès le troisième jour, et *jamais la fièvre, qui,* dans quelques cas, s'était élevée à 41 degrés, à 100 à 120 pulsations, ne céda avant la disparition complète des douleurs.

Il y a des rechutes, et *elles sont même immanquables,* si, en présence du résultat obtenu, on suspend

brusquement la médication. — Il faut donc, dans le rhumatisme articulaire aigu, ne pas suspendre le traitement dés que la maladie a cédé, mais le maintenir en diminuant graduellement les doses pendant plusieurs jours.

M. G. Sée disait que la médication n'agit pas sur les complications cardiaques préexistantes. Quant aux complications cardiaques consécutives, le salicylate n'a pas d'autre action que d'abréger la maladie, c'est-à-dire de les prévenir dans une proportion évidemment plus forte que les médicaments dont l'action est moins rapide.

C'est un reproche qu'on a fait à toutes les médications dirigées contre le rhumatisme articulaire aigu, de ne pas guérir et de ne pas prévenir les complications cardiaques, et ce reproche reposait sur cette idée que le médicament devait forcément, pour avoir de la valeur, *guérir* la maladie. Or, encore une fois, le salicylate de soude calme la douleur, consécutivement la fluxion, et la fiévre qui n'a rien d'essentiel tombe d'elle-même; mais une endocardite, fut-elle rhumatismale, n'est pas guérie par le médicament qui agit sur l'articulation douloureuse.

Le nombre des médecins qui ont employé le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire aigu est aujourd'hui très-grand et une énumération serait fastidieuse dans une feuille hebdomadaire. Rappelons les communications de M. Jaccoud, dont les conclusions sont presque anologues à celles de M. G. Sée, excepté sur la durée du traitement; celles de MM. Oulmont, Guéneau de Mussy, Hardy, Bouchard, Archambaut.

En Allemagne, les travaux de Riess, de Hildebrand, de Striker, de Bardenhewer, de Shultze, etc.

En Angleterre, ceux de Jacob, de Heaton, de Broadbent, etc.

Comment agit le salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire? D'après les expériences de M. Laborde, que nous avons rapporté dans la première partie de ce travail, il faudrait considérer le médicament comme un analgésique. Pour M. Blanchier, son action doit s'expliquer par des propriétés altérantes qui, venant à s'exercer d'une manière locale et directe sur les éléments anatomiques des tisssus enflammés, arrêtent le processus inflammatoire et font disparaître la douleur qui en était la conséquence.

Quelles sont les contre-indications du salicylate de soude? Rappelons que M. Sée disait déjà, *dans sa première communication* à l'Académie, le 26 juin 1877, « *lorsque les reins sont lésés, il y a un véritable danger d'administrer ce médicament;* il importe même de s'assurer au préalable de l'intégrité de ces organes; j'ai vu, en effet, chez un rhumatisant atteint de néphrite interstitielle, se manifester une hématurie très marquée; le même fait a été constaté dans un cas de néphrite parenchymateuse. »

Un élève de M. Bouchard, le Dr Chauvet (th. de Paris 1877), donne comme moyenne du temps nécessaire à l'élimination de l'acide salicylique, une durée de 45 heures pour 2 grammes et de 65 heures pour 8 grammes de salicylate de soude. Chez deux malades atteints de lésions rénales l'élimination de 8 grammes de salicylate de soude a duré une fois 4 jours 1/2 et l'autre fois 5 jours. Chez un autre malade, avec 4 gr. de salicylate, l'élimination dura 6 jours. Dans les trois cas, il y eut des phénoménes toxiques lents à disparaître.

Si l'on a bien présent à l'esprit cette contre-indication si nette et déjà si bien mise en lumière par M. G. Sée, nous croyons que le praticien se mettra à l'abri de la plupart des accidents imputables à la médication.

Enfin, chez quelques malades, on est forcé de suspendre le traitement soit à cause des bourdonnements d'oreille intolérables, soit à cause des phénomènes gastriques. Nous pensons que ces cas sont très restreints et qu'ils peuvent l'être encore plus en se conformant aux régles indiquées par les différents auteurs qui se sont occupés de la question.

Les enfants tolèrent admirablement le salicylate de soude et MM. Archambaut et Bergeron en ont retiré de grands avantages. La dose moyenne est de moitié moins élevée chez les enfants que chez l'adulte.

Dans le rhumatisme blennorrhagique, l'influence de la médication salicylique est presque nulle. Dans la *chorée,* d'origine rhumatismale, M. Sée n'en a retiré aucun avantage. Dernièrement cependant, un distingué médecin de Lille, le Dr Ortille, a rapporté une observation où le salicylate de soude eut un résultat favorable. (*Bull. de Thérap.* 1879).

Dans les poussées aiguës du *rhumatisme chronique,* M. Sée et Bouchard ont obtenu de bons résultats, de même que dans le *rhumatisme noueux.*

Goutte. — C'est dans le traitement de la goutte qu'il serait intéressant d'avoir des données statistiques suffisantes. Il serait important, d'autre part, d'être bien fixé sur la valeur du médicament comme éliminateur de l'acide urique.

Les observations de M. Sée et ses résultats sont satisfaisants. Mais il serait nécessaire d'avoir une statistique plus étendue des nombreux cas que ce savant clinicien a eu occasion de traiter.

Les réserves à faire quant à l'état des reins sont encore bien plus impérieuses dans la goutte, en raison des lésions fréquentes dont ils sont le siége.

C'est là que nous arrêtons cette rapide revue; dans un article ultérieur nous donnerons le mode d'administration et les doses du médicament selon les cas.

Il doit rester acquis que le salicylate de soude est de tous les médicaments celui dont l'efficacité est la mieux établie dans le rhumatisme articulaire aigu, qu'il abrège sa durée et amène sa guérison plus rapidement qu'aucun autre. Nous

savons encore qu'il a des inconvénients dont la plupart peuvent être évités par une sage administration, et des contre-indications formelles dans les lésions rénales.

Dans la goutte, il a donné d'excellents résultats, mais là surtout son action doit être surveillée avec soin.

Dans la fièvre typhoïde, il est impuissant contre l'élément principal de la maladie ; l'hyperpyrexie. Dans la diphthérie il n'est utile que comme modificateur local.

Enfin il est inutile ou nuisible dans le rhumatisme blennorrhagique, les fièvres éruptives et surtout dans le diabète.

Dr P...

II

DE L'HYDROCÈLE VAGINALE ET DE SON TRAITEMENT

D'une manière générale on désigne sous le nom d'hydrocèle de la tuniquo vaginale une tumeur des bourses constituée par un épanchement de liquide séreux dans l'intérieur de la poche vaginale.

Il n'entre point dans nos idées d'esquisser ici une histoire complète de cette affection, l'une des plus communes parmi toutes celles qui sont du ressort de la petito chirurgie. Nous voulons simplement récapituler et comparer entre eux les principaux moyens de traitement qui ont été conseillés à diverses époques pour obtenir la cure radicale de l'hydrocèle.

Et d'abord, à ce point de vue spécial, il nous paraît utile d'établir une distinction, qui n'est pas du tout classique, mais qui correspond néanmoins à la réalité des faits. Supposons que le médecin, appelé pour soignor une tumeur des bourses, a bien et dûment diagnostiqué une hydrocèle de la tunique vaginale; trois alternatives sont possibles.

Ou bien le liquide peut être refoulé dans la cavité abdominale, et alors il retombe peu à peu dans les bourses dès que l'on place le malade debout, quels que soient les efforts faits par le chirurgien pour fermer avec le doigt l'orifice de l'anneau inguinal externe. Dans ce cas il s'agit d'une hydrocèle congénitale par porsistance du canal vagino-péritonéal non oblitéré. L'hydrocèle congénitale se rencontre chez les enfants et les adolescents. Le liquide épanché dans la tunique vaginale est purement et simplement de la sérosité péritonéale. Pour expliquer sa présence il n'est pas besoin d'invoquer une inflammation antérieure.

Ou bien l'hydrocèle constitue une tumeur irréductible, de forme variablo, sphérique, ovoïde, piriforme, quelquefois bilobée, mais toujours transparente, excepté dans le point où se trouve le testicule. On sait que dans l'hydrocèle de la tunique vaginale le testicule est le plus ordinairement refoulé en arrière et en bas, à moins que l'on ne se trouve en présence d'une inversion testiculaire, cas dans lequel la glande séminale occupe la partie antérieure de la tumeur. — Ces hydrocèles transparentes, plus ou moins volumineuses, puisque la quantité de liquide qu'elles contiennent varie entre une centaine de grammes et deux ou trois litres,sont celles qui se rencontrent le plus fréquemment dans la pratique. L'épanchement reconnaît toujours pour cause une inflammation aiguë ou chronique de la tuniquo vaginale, et la vaginalite elle-même est le plus souvent consécutive à une maladie du testicule ou de l'épididyme. L'existence fréquente de petits flocons au sein du liquide, et, dans quelques cas exceptionnels, sa coagulation spontanée ne laissent aucun doute sur la nature inflammatoire de la maladio. Le liquide est toujours albumineux, et la proportion d'albumine est d'autant plus forte que l'inflammation est plus franche.

Dans une troisième alternative l'hydrocèle est très-ancienne. Le malade n'a rien fait pour s'en débarrasser, ou bien le traitement qu'on lui a fait subir a été suivi d'une ou de plusieurs récidives. La tumeur a ainsi perdu sa transparence primitive ; à la palpation on sent la fluctuation caractéristique, mais on reconnaît aussi que les membranes d'enveloppe offrent au doigt qui les presse une résistance plus considérable.

Du reste, malgré l'absence de transparence, la peau du scrotum est restée mobile, lisse et unie, ce qui, d'après M. le professeur Gosselin, donne un caractère important pour le diagnostic différentiel de l'hydrocèle et de l'hématocèle.

L'absence de transparence dans l'hydrocèle provient d'ordinaire de l'épaississement de la paroi transformée parfois en véritable coque parcheminée. A la surface interne de la vaginale, et sur son feuillet pariétal, des couches fibrineuses se sont déposées successivement, et, en se durcissant, elles se sont pour ainsi dire identifiées avec la paroi. Plus rarement des dépôts albumineux flottant dans le liquide sont la cause de la non-transparence de la tumeur. Les hydrocèles biloculaires ou multiloculaires par cloisonnement de la poche peuvent rentrer dans la catégorie des hydrocèles non transparentes. Il est vrai que ces hydrocèles à plusieurs loges séparées par des cloisons ou néo-membranes organisées, sont excessivement rares.

Dans cette division nous ne faisons rentrer aucunement les hydrocèles compliquées d'un épanchement sanguin dans l'intérieur de la poche. Ces hydrocèles sont alors devenues des hydro-hématocèles : parfois on peut les guérir par les procédés opératoires applicables aux hydrocèles anciennes, mais parfois aussi elles nécessitent un traitement plus radical.

Ces prémisses étant posées, nous abordons la question du traitement.

Disons tout d'abord qu'on distingue pour la cure de l'hydrocèle des moyens médicaux et des moyens chirurgicaux.

A. Moyens médicaux. — Ils consistent dans l'application de différents topiques résolutifs sur la tumeur. Parmi ces topiques, le plus efficace paraît être le chlorhydrate d'ammoniaque en solution saturée. Tous les chirurgiens des hôpitaux d'enfants savent que l'hydrocèle chez les enfants à tendance à se résorber naturellement. Que l'on ait affaire à une hydrocèle congénitale, communiquant avec la cavité péritonéale, où à une hydrocèle irréductible, il faut chez les enfants essayer d'abord les applications sur les bourses de compresses imbibées d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque. Un bandage inguinal facilite toujours la guérison d'une hydrocèle congénitale en provoquant un travail inflammatoire qui aboutit à l'oblitération du canal vagino-péritonéal. Sous aucun prétexte, lorsqu'une communication existe entre les deux séreuses, le chirurgien ne doit intervenir par une opération. Il n'est autorisé à pratiquer une ponction que si la tumeur grossit malgré l'application des compresses résolutives, et s'il a la certitude que la cavité vaginale est complètement indépendante.

Parmi les moyens médicaux on peut encore faire rentrer le traitement par l'électricité. Le docteur Friedenthal (de Prague), a publié en 1876, quelques observations d'hydrocèle guérie par des courants électriques. Plus récemment M. Macario (*Nice médical*, 1877), a cité aussi quelques exemples de guérison rapide de l'hydrocèle par l'électricité. Dans un cas il lui a suffi d'implanter deux aiguilles à acupuncture, l'une au sommet, l'autre à la base de la tumeur, et de les mettre en communication avec les deux pôles d'un appareil à induction, pour déterminer du jour au lendemain la résorption complète du liquide.

Ces observations semblent probantes, cependant elles ne doivent être accueillies qu'avec réserve, car il existe, chez l'adulte comme chez l'enfant, des hydrocèles qui ont tendance à se résorber spontanément.

B. Moyens chirurgicaux. — Ils comprennent :

1° L'incision avec ou sans excision d'une portion de la vaginale ;

2° La cautérisation ;

3° Le séton ou le drainage ;

4° La ponction simple, ou suivie soit d'injections irritantes, soit d'une cautérisation de la poche.

1° *Incision.* — Nous passerions rapidement sur ce procédé opératoire, connu et pratiqué depuis des siècles, si quelques chirurgiens étrangers n'avaient tenté de le réhabiliter dans ces dernières années. C'est depuis l'invention de la méthode antiseptique de Lister que l'on a voulu remettre en honneur et généraliser ces grandes incisions même pour les hydrocèles les plus simples sans épaississement de la poche.

En Allemagne, Trendelenburg et Wolkmann, ont pratiqué les grandes incisions avec le pansement de Lister pour toutes les hydrocèles autres que les hydrocèles congénitales.

Voici la façon d'opérer de Wolkmann :

Les bourses sont préalablement nettoyées à plusieurs reprises avec une solution phéniquée. Puis le chirurgien fend largement la tumeur du haut en bas au milieu du nuage d'acide phénique ; après l'écoulement du liquide il lave la cavité avec une solution phéniquée à 3 0/0. Tous les vaisseaux qui saignent sont liées au catgut. Enfin Wolkmann suture exactement les bords de la tunique vaginale aux bords de l'incision cutanée ; il faut 15 à 20 points de suture avec de la soie très-fine. On applique sur la plaie le pansement de Lister, et l'on ne laisse de tube à drainage dans la cavité que lorsque la vaginale réunie à la plaie forme un entonnoir très-vaste et plissé. Après l'opération, Wolkmann a l'habitude de faire une compression assez forte sur les bourses pour empêcher la sécrétion d'une sérosité trop abondante.

Sur 17 opérations que Wolkmann a pratiquées par ce procédé, il a obtenu 17 guérisons sans phlegmon ni œdème des bourses.

Le traitement par l'incision avec la méthode antiseptique a également été essayé en Angleterre par Jacobson *(The Lancet, vol. II, page 309. 1877).* Ce chirurgien fait une incision de quatre à cinq centimètres et introduit dans la cavité vaginale une bande étroite de gaze imbibée d'huile phéniquée, afin d'assurer le bourgeonnement de toute la face interne de la séreuse. Les jours suivants, on renouvelle le pansement en faisant une injection phéniquée dans la tunique vaginale. Du quatrième au cinquième jour, l'opéré peut se lever. Enfin, d'après Jacobson, la guérison serait complète du quinzième au vingtième jour.

Malgré les résultats publiés par Wolkmann et Jacobson, nous croyons que le procédé de l'incision ne laisse pas que d'être dangereux, surtout entre les mains d'un chirurgien inexpérimenté. L'opération est plus longue que la ponction suivie d'injection ; elle nécessite l'anesthésie, ce qui est toujours une complication ; enfin, les suites de l'incision sont toujours plus graves que celles de la ponction, et la guérison ne s'obtient pas plus rapidement.

Aussi l'incision nous paraît-elle constituer une ressource qui ne doit être employée qu'en dernier ressort, lorsque les injections iodées ont échoué ou que l'épaississement de la tunique vaginale ne permet pas d'espérer l'accollement des deux surfaces de la séreuse par une simple injection irritante. Dans ces cas seulement, on peut avoir recours soit à l'incision, soit au drainage.

2° *Cautérisation.* — Ce procédé est justement tombé dans l'oubli parce qu'il jouit d'une efficacité douteuse. Notons cependant le plaidoyer tenté en

1876 par M. le Dr Larue, praticien dans la Mayenne, en faveur du traitement de l'hydrocèle par la galvano-puncture.

3° *Séton et drainage.* — Le séton et le drain passés à travers la tumeur dans sa partie supérieure ont pour but do provoquer dans la cavité vaginale une inflammation suppurative, qui doit aboutir à l'oblitération de cette cavité. Un chirurgien anglais, Brown, a guéri une hydrocèle par l'application d'un séton qui rosta en placo trois ou quatre jours seulement *(The Lancet, 1877. T. II, page 200).*

Le drainage nous semble préférable au séton; mais on ne doit l'employer que contre les hydrocèles anciennes, dont la paroi est très-épaisse. Du reste, le drainage avec injections détersives est employée par un grand nombre de chirurgiens français dans les cas d'hydro-hématocèle.

4° *Ponction.* — Chez les enfants, la ponction simple suffit quelquefois pour guérir l'hydrocèle, pourvu qu'on la répète à deux ou trois reprises.

Mais, le plus souvent, on fait suivre la ponction d'une injection irritante.

De tous les liquides que l'on peut injecter, le vin est le plus anciennement connu. Il a donné de bons résultats.

Le lait n'a qu'une valeur problématique.

L'éther a été essayé par M. Girault.

L'ammoniaque liquide, proposée en 1849 par M. Bonnafond, n'a pas été adoptée par les chirurgiens.

On préfère généralement les injections de teinture d'iode. La teinture d'iode s'emploie additionnée de moitié ou d'un tiers d'eau et d'un peu d'iodure de potassium. On pousse le liquide dans la canule à l'aide d'une seringue, dite seringue à hydrocèle; on le laisse séjourner une ou deux minutes dans la cavité vaginale, puis on retire la canule alors même que la teinture d'iode introduite n'est pas sortie en totalité. Les chirurgiens de Toulouse laissent même dans la cavité tout le liquide injecté. Après l'injection, une vive inflammation se développe dans les bourses; le malade est obligé de garder le repos horizontal, et la guérison définitive a lieu entre quatre et six semaines.

Nous n'avons pas besoin de rappeler ici les précautions que doit prendre le chirurgien pour éviter l'introduction du liquide irritant dans los mailles du tissu cellulaire; tout le monde connaît les détails du manuel opératoire.

Mais il est un inconvénient que présentent les injections de teinture d'iode et auquel on n'a pu remédier jusqu'ici. Aussitôt quc les malades sentent le contact du liquide, ils éprouvent une douleur intense qui remonte le long du cordon et qui persiste pendant trois ou quatre heures. D'après M. Guyon, cette douleur tiendrait en partie au choc du liquide lancé trop brusquement par des seringues à mauvais piston. C'est pour cela que ce chirurgien a proposé de verser la teinture d'iode à l'aide d'un entonnoir adapté au trocart. Il a obtenu, dit-il, par ce procédé des résultats très satisfaisants.

Nous n'en finirions pas si nous voulions passer en revue tous les liquides que l'on a recommandés pour les injections.

Nous devons cependant mentionner les injections d'alcool, employées d'abord par Dupierris en 1855 et par M. Monod en 1870. M. Monod retire tout d'abord une cuillerée à soupo du liquide de l'hydrocèle à l'aide d'une seringue de Pravaz, puis il remplace le liquide extrait par une quantité un peu moindre d'alcool à 40°, coupé avec moitié d'eau. Il ne se produit ni douleur ni inflammation, et l'hydrocèle diminue graduellement de volume. Mais quelquefois une seule ponction ne suffit pas; sur certains malades il faut recommencer le traitement 2 et 3 fois.

Cette méthode aurait l'avantage de permettre au malade de vaquer à ses occupations ordinaires; mais l'expérience a prouvé que les injections d'alcool amènent rarement la guérison définitive.

Adolphe Richard employait aussi les injections d'alcool, mais après avoir vidé la poche. Il avait toujours soin de faire marcher ses malades, il pensait ainsi obtenir la guérison; malheureusement la récidive se montrait quelque temps après.

D'autres chirurgiens ont renouvelé la méthode de M. Monod, en remplaçant l'alcool par une solution étendue de chlorure de zinc. Dumreicher (de Vienne) a cité en 1877 devant la Société des médecins de Vienno un cas d'hydrocèle guérie rapidement par l'injection d'une solution à 8 0/0 de chlorure de zinc, sans évacuation préalable du liquide. A Paris, M. Polaillon opère de la même façon; il injecte dans la cavité vaginale 1 gramme d'une solution de chlorure de zinc à 1/10; il prétend n'avoir qu'à se féliciter des résultats obtenus. Mais comme M. Polaillon n'a adopté ce moyen de traitement que depuis six mois, il ignore encore si ses opérés n'auront pas de récidive.

Terminons cette revue par l'exposé sommaire d'un procédé spécial, préconisé par M. de St-Germain dans son article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques:* il s'agit de la ponction suivie de la cautérisation de la poche au nitrate d'argent.

Ce procédé avait d'abord été employé par M. Maisonneuve et par M. Defer. Il a été décrit en 1858 dans la thèse de M. Véry. On fait la ponction et l'on évacue le liquide d'après les règles ordinaires; puis on introduit par la canule dans la poche vide un stylet cannelé, qui contient dans sa rainure du nitrate d'argent coulé. On promène le stylet quelque temps dans la cavité et on le retire. Il ne reste plus qu'à enlever la canule et à fermer l'orifice.

M. de Saint-Germain préfère ce procédé à tous les autres en raison de sa simplicité et de son innocuité absolue

Par cette rapide revue on peut voir quo les moyens

chirurgicaux ne manquent pas pour traiter l'hydrocèle. C'est au médecin à tenir compte de toutes les indications spéciales quand il doit se décider pour tel ou tel procédé. Mais malgré toutes les innovations, la ponction suivie de l'injection iodée reste encore aujourd'hui le moyen classique le plus sûr. Si malgré l'injection iodée, une récidive vient à se produire, on a toujours la ressource du traitement par l'incision ou le drainage. D^r^ Z***

MÉDECINE PRATIQUE

DIAGNOSTIC DE L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE

La façon magistrale dont cette question est traitée par W. Hammond (1) nous engage à analyser ce chapitre de médecine pratique.

Un individu étant trouvé dans un état d'insensibilité complète, à quelle affection peut-on penser ?

Cet état comateux peut être dû à une compression par blessure du crâne, par commotion à la suite d'une chute ou d'un coup, ou bien à la congestion, à l'asphyxie, à la syncope, à une attaque d'épilepsie, à l'intoxication urémique, à l'hystérie, au narcotisme, à l'ivresse.

Une méprise peut être fatale au malade; il importe donc d'établir le diagnostic dès le début.

Le coma pourrait encore avoir pour cause une embolie, une thrombose, une tumeur, un abcès ou une hémorrhagie méningée; mais, dans ces cas, l'erreur de diagnostic n'a plus qu'une importance scientifique.

Asphyxie. — Le diagnostic est établi par ce seul fait que, dans l'hémorrhagie cérébrale, la respiration, quoique lente et laborieuse, n'est pas absolument suspendue.

Compression traumatique. — On doit d'abord se guider sur les commémoratifs et chercher les causes de la compression par traumatisme, qui peuvent être ou la dépression de l'os, ou la rupture d'un vaisseau sanguin, ou la pénétration de quelque corps étranger, telle qu'une balle, dans l'intérieur du crâne.

Le malade peut être tombé d'un lieu élevé ou avoir été frappé, et, dans ce cas, les contusions dont il portera les traces seront probablement plus intenses et plus profondes que s'il était atteint d'une hémorrhagie cérébrale. Si l'on trouve un écoulement de sang par le nez ou l'oreille, on devra penser à une fracture du crâne.

Un cas plus difficile à examiner est le suivant : le malade peut être tombé d'un lieu élevé, et deux causes peuvent intervenir pour produire le coma : d'une part, il peut présenter les symptômes d'un traumatisme par contusion, et d'autre part ceux d'une fracture du crâne avec compression. Il n'y a pas de règles positives à établir pour ces cas, du reste, fort rares.

Congestion. — Dans la congestion, on ne trouve pas de respiration stertoreuse, le coma a une courte durée, la paralysie est passagère, les pupilles sont resserrées, tandis que, dans l'hémorrhagie, elles sont dilatées et insensibles à la lumière ; enfin, en général, la perte de la sensibilité et du mouvement ne sont pas localisées à un seul côté.

Syncope. — Dans la syncope, la respiration et la circulation sont presque entièrement ou tout à fait suspendues. Il n'y a pas d'hémiplégie; la face est pâle et la peau froide; la syncope, enfin, ne peut être que transitoire.

Epilepsie. — Il ne peut y avoir de doute que si le médecin n'assiste pas au début de l'attaque. On reconnaîtra l'épilepsie à l'écume, souvent sanglante, qui sort de la bouche du malade.

Urémie. — Les commémoratifs aideront à faire le diagnostic de ces deux états comateux, qui ont de grandes ressemblances. Dans le doute, on peut pratiquer le cathétérisme et examiner l'urine au point de vue de l'albumine et des cylindres fibrineux. En outre, il n'y a pas d'hémiplégie dans l'urémie, et on trouve de l'anasarque. Enfin, M. Bourneville, dans ses belles études thermométriques sur les maladies du système nerveux, a fait connaître un signe d'une grande importance : dans l'*hémorrhagie cérébrale*, le thermomètre accuse un brusque abaissement de la température, qui oscille entre 35°,5 et 36°,6. Dans les cas graves, c'est le seul signe qu'on observe. S'il y a une survie de 10 à 20 heures, à cet abaissement succède une élévation rapide et considérable de la température, qui annonce fatalement la mort si elle atteint le chiffre de 40°.

Dans l'*urémie*, au contraire, il se produit un abaissement lent et considérable de la température (32°, 30°, 28°), qui va en s'accusant à mesure qu'approche la terminaison fatale.

Hystérie. — La méprise est difficile à commettre dans ces deux états. Ce qui pourrait causer parfois une erreur de diagnostic est la présence de l'hémiplégie accompagnant le coma hystérique ; mais le pouls est petit, faible et fréquent, et la respiration n'est pas stertoreuse.

Narcotisme — Il n'y a pas d'hémiplégie, et, en général, les pupilles sont rétrécies, la respiration n'est pas stertoreuse et le coma arrive graduellement.

Ivresse. — L'odeur de l'haleine n'est pas un signe auquel on se puisse fier en raison de l'usage et de l'abus si fréquents des boissons alcooliques. Le malade peut très bien même être sous le coup de l'ivresse et avoir ensuite une hémorrhagie cérébrale. Dans ces cas, le diagnostic est impossible à établir.

Dans les cas simples, il faut beaucoup d'attention et constater un certain nombre de signes, comme la respiration, qui n'est pas stertoreuse, en tenant compte de ce fait que quelques ivrognes ronflent ; le pouls est petit et faible; enfin, il n'y a pas d'hémiplégie.

Dans un prochain article, nous examinerons la thérapeutique conseillée par les auteurs et en particulier par W. Hammond.

(1) *Traité des maladies du système nerveux*, trad. française du Dr LABADIE-LAGRAVE. Paris, 1879. Libr. J.-B. Baillère.

Cette édition a été enrichie par le traducteur d'un grand nombre de notes qui complètent le travail remarquable du médecin américain. Un appendice traite spécialement de la syphilis du système nerveux, de la séméiologie des affections cérébrales, cérébelleuses et médullaires, et enfin de la pathologie du grand sympathique.

TRAVAUX ORIGINAUX.

OTITE INTERNE SUPPURÉE
AVEC RUPTURE DU TYMPAN
TRÉPANATION DE L'APOPHYSE MASTOÏDE. — GUÉRISON AVEC CONSERVATION DE L'OUÏE

M. X..., banquier à O..., âgé de 35 ans, lymphatique, n'a jamais été sérieusement malade. Surdité absolue du côté gauche, probablement congénitale.

Le 24 avril 1878, sans cause apparente appréciable, il est pris d'une douleur peu vive de l'oreille droite. La muqueuse du conduit auditif externe est œdématiée. Granulations du pharynx. Bourdonnements dans l'oreille et légère surdité de ce côté.

Je prescris des injections d'eau tiède avec des tampons d'ouate imbibés d'huile de jusquiame laudanisée. Le 29, écoulement de pus par le conduit auditif externe; la douleur ne se calme pas. Avec le seul secours de la lumière du jour et d'une pince à artères, je cherche à voir le tympan, et je constate une rupture presque circulaire au centre de cette petite membrane mesurant prés de 3 millimètres de diamétre.

Renouveler fréquemment les injections et continuer les bourdonnets imbibés d'huile laudanisée. Vésicatoire sur l'apophyse mastoïde droite.

Jusqu'au 20 mai, l'écoulement purulent continue, avec cette circonstance que, tous les 4, 5, 6 jours, il s'arrête brusquement pendant une demi-journée. Alors le malade est sourd et ressent de violents maux de tête. Puis l'écoulement se rétablit et l'audition reparaît en même temps que l'arrêt des douleurs. Pendant cette période, mon malade, qui n'a qu'une confiance relative (j'étais récemment fixé dans le pays), consulte les notabilités médicales des environs. Nul ne se trouvant d'accord avec moi, j'adresse M. X... à M. Després, chirurgien de l'hôpital Cochin, qui confirme mon diagnostic « d'otite interne suppurée, avec rupture du tympan ». Le savant chirurgien fait continuer les injections auriculaires chaudes; plus tard, quand la suppuration commencera à se tarir, les injections tièdes seront faites avec :

Glycérine.	100 grammes
Tannin.	0,50 cent.
Ether.	2 grammes.

Eaux sulfureuses contre les granulations du pharynx.

Ce traitement, exactement suivi, n'amenait aucune amélioration sensible. Les alternatives de mieux et de pire se multipliaient et revenaient tous les trois jours. Douleurs dans l'oreille et dans la tête quand la déchirure du tympan s'oblitérait par des mucosités ou se rétrécissait par la cicatrisation. Mieux sensible lorsque l'écoulement reparaissait.

Je fis prendre tous les matins une cuillerée à bouche d'une solution d'arséniate de soude au deux millièmes. Continuer les injections dans l'oreille.

Le *31 mai*, suivant les conseils de M. le Dr A. Desprès, je fais une irrigation des fosses nasales au moyen de l'irrigateur Eguisier avec de l'eau tiède et de l'eau sulfureuse. Ces irrigations sont continuées pendant trois jours; mais le malade, prétendant qu'il ne peut les supporter et qu'elles augmentent ses douleurs dans l'oreille, elles sont définitivement supprimées. On continue les injections auriculaires avec de l'eau tiède, avec de l'eau sulfureuse doublée d'eau tiède, parfois avec le glycéré conseillé ci-dessus.

Malgré tout, nous avons toujours ces alternatives de mieux et de pire, et l'apophyse mastoïde, sur laquelle avait été appliqué un vésicatoire, est le siége d'une rougeur érythémateuse chaque fois que les douleurs de l'oreille sont plus vives et que l'écoulement s'arrête pour une demi-journée.

17 juin — Douleurs violentes non-seulement dans l'oreille droite, mais dans toute la tête. Pouls fort, vibrant, battant 112 à la minute. L'écoulement est tari. Surdité presque absolue.

L'apophyse mastoïde est le siége non plus d'une simple rougeur, mais d'un gonflement, d'un empâtement de couleur rouge violacée, sans fluctuation.

Je fais part de mes impressions à la famille. Il est à craindre qu'il se développe des accidents graves du côté des méninges et du cerveau, une méningite congestive, par exemple. Certainement, il y a du pus dans les cellules mastoïdiennes. Une fois l'apophyse trépanée, l'écoulement du pus pourra so faire des deux côtés, et le lavage de l'oreille sera parfait.

Je prie M. Desprez, chirurgien distingué de Saint-Quentin, de vouloir bien venir pour trépaner l'apophyse mastoïde de mon malade. L'opération eût lieu le 18 juin, conformément aux règles indiquées dans le tome 21 du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Anesthésie par le chloroforme. Incision verticale parallèle à la conque et distante de celle-ci d'un centimètre et demi au moins. Incision horizontale parallèle et sur la même ligne que la paroi supérieure du conduit auditif; ces deux incisions se coupant par le milieu et mesurant de 3 1/2 à 4 centimètres de longueur. L'épaisseur des tissus est telle qu'il faut inciser profondément à trois reprises. Il ne faut pas craindre de donner cette longueur aux incisions, et cela du premier coup. Le jet d'une artériole est arrêté par la simple compression avec l'éponge. Division et décollement du périoste sur une étendue d'un centimètre carré environ. La surface de l'os est très dure. N'ayant pas à notre disposition le trépan spécial, nous nous servons d'un trépan ordinaire, mais de la pointe seulement, portée sur deux points différents et voisins l'un de l'autre. Cette pointe est dirigée en dedans, en avant et en haut, parallélement au conduit auditif. La table externe de l'os est épaisse; il nous faut une forte pression pour faire mordre et pénétrer l'instrument. Après la première perforation, un flot de pus jaillit à notre grande satisfaction. Nous l'élargissons par une deuxième application voisine, et l'écoulement du pus continue en abondance. L'opéré entend trés bien quand on lui parle. Quelques injections d'eau tiéde, un pansement à l'eau phéniquée furent la fin de l'opération.

Bromure de potassium. Régime doux.

Voici quelles en furent les suites. Nuit bonne. Le lendemain, deux injections par l'orifice mastoïdien au moyen d'un tube en caoutchouc et d'une petite seringue chargée à plusieurs reprises d'eau phéniquée au deux-millième doublée d'eau chaude, car l'eau injectée doit toujours être tiède.

20-23 juin. L'écoulement du pus se fait à la fois et par l'ouverture mastoïdienne et par la rupture du tympan, c'est-à-dire par le conduit auditif externe. L'opéré continue à entendre.

24. L'eau de l'injection, poussée par l'ouverture mastoïdienne, sort par le conduit auditif, entraînant des flocons de pus. Lavage plusieurs fois par jour jusqu'à ce que l'eau sorte claire comme à son entrée. Le lavage ne réussit pas si bien en poussant l'injection phéniquée par l'oreille pour ressortir par l'ouverture trépanée.

Le soir de ce même jour, l'eau de l'injection mastoïdienne s'échappe à la fois par le conduit auditif et par la trompe d'Eustache.

28 juin. Cicatricasion à grand pas des incisions. Pansement à l'eau phéniquée au cinq-centième. Drain à demeure dans l'orifice mastoïdien, ce qui nous maintient ainsi un canal.

29. L'injection passe avec peine. Entend moins bien.

1er juillet. Rougeur de la plaie. Douleurs dans cette région. Pommade morphinée.

3. L'injection passe bien. Notre malade entend mieux.

6. Répression des bourgeons charnus de la plaie par le crayon de nitrate d'argent. L'écoulement du pus continue par l'oreille et par l'apophyse.

L'injection sort par la trompe d'Eustache et l'oreille.

13. L'injection passe avec peine.

14-15. L'injection ne passe pas. Peu ou pas de douleur.

16. J'enlève le drain; on ne peut laver par l'injection que les cellules mastoïdiennes les plus voisines.

17. Injection facile de nouveau. L'eau s'écoule par l'oreille, la trompe et le nez.

21. Le canal formé par le tube à demeure mesure à peine 4 millimètres de diamètre.

23 Réouverture du tympan oblitéré.

26-28. L'injection passe de nouveau difficilement. La région mastoïdienne est rouge, douloureuse.

30. Tympan réouvert; l'injection repasse par l'oreille.

5 août. Injection impossible. Peu de douleur.

11. Injection facile; l'écoulement du pus continue par l'oreille et par la plaie.

De jour en jour le diamètre du canal se rétrécit; nous mettons à demeure un tube d'un calibre inférieur.

3 septembre. Il ne reste plus qu'une fistulette donnant de temps en temps une gouttelette de pus. On retire le tube, l'injection ne pouvant plus se faire.

Le tympan est cicatrisé. On dirait qu'au point de sa rupture, il existe une dépression avec coloration noire grisâtre.

7. Une petite esquille est sortie par la fistulette mastoïdienne, et la cicatrisation est terminée.

10. M. X... va à la chasse.....

17. Il se plaint d'entendre trop bien.

Conclusions. — Voilà donc un cas d'inflammation de l'oreille moyenne (otite interne suppurée) qui, en quelques jours, amène heureusement la rupture du tympan; qui, tous les trois, quatre, six jours présente une exacerbation (de peu de durée, il est vrai) dans les principaux symptômes: douleurs dans l'oreille et la tête; rougeur et gonflement de la région mastoïdienne avec suppression de l'écoulement du pus. Symptômes qui, à un moment, sont devenus alarmants au point de nécessiter la trépanation de l'apophyse mastoïde. Après l'opération, nous avons eu aussi ces mêmes alternatives de mieux et de pire, mais bien moins fréquentes et bien moins intenses. La douleur existait à peine. Le lavage des parties se faisait mieux, et si le pus s'écoulait dorénavant par deux ouvertures, l'eau de l'injection en avait trois parfois: le tympan, la trompe d'Eustache et l'orifice mastoïdien. Enfin, circonstance importante dans ce cas, le malade étant absolument sourd de son oreille gauche, a conservé l'ouïe intacte à droite.

Dr Sahuet,
A Origny-Sainte-Benoîte (Aisne).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX PROPOSÉS POUR 1880.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

Question :

De l'influence des maladies du cœur sur les maladies du foie, et réciproquement.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL.

Question :

Anatomie pathologique des cartilages articulaires.

Ce prix sera de la valeur de 1,200 francs.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX.

Question :

Du rôle du système nerveux dans les maladies du cœur.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON.

Question :

Influence de la luxation coxo-fémorale sur la conformation du bassin.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER.

Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc. (Extrait du testament.)

Ce prix sera de la valeur de 7,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR GODARD.

Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie interne.

Il sera de la valeur de 1,500 fr.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR DESPORTES.

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Des récompenses pourront, en outre, être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature.

Il sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR MADAME VEUVE HENRY BUIGNET.

Ce prix, qui est de la valeur de 1,500 francs, sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ORFILA.

Question :

De la vératrine, de la sabadilline, de l'ellébore noir et du varaire blanc.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX PROPOSÉ PAR M. LE DOCTEUR FALRET.

Question :

De la folie désignée sous les dénominations de : Folie circulaire, Folie à double forme, Folie à formes alternes.

Les concurrents devront réunir dans leur travail le plus grand nombre possible d'observations cliniques.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR HUGUIER.

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements).

Il sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR SAINT-LAGER.

Extrait de la lettre du fondateur.

« Je propose à l'Académie de médecine une somme » de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pa- » reille somme destiné à récompenser l'expérimen- » tateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à » la suite de l'administration, aux animaux, de sub- » stances extraites des eaux ou des terrains des » pays à endémie goîtreuse. »

Le prix ne devra être donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX DE LA COMMISSION DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE.

Question :

Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

FONDATION AUGUSTE MONBINNE.

M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

« Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

—

NOTA. — Les mémoires ou les ouvrages pour les prix à décerner en 1880 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er juillet de l'année 1880 Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Godard, Barbier, Huguier, Desportes et Buignet, pouvant adresser à l'Académie des travaux manuscrits ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Séance du 22 juillet. — M Guénau de Mussy a pris la parole dans la discussion soulevée par M. Jaccoud sur la *Pleurésie multiloculaire.*

M. Guéneau de Mussy communique ses observations et ses recherches sur la valeur séméiotique des vibrations thoraciques dans les affections de poitrine. Ce travail remarquable, émané d'un clinicien consommé, sera étudié par nous en résumant la discussion pendante devant la savante compagnie.

M. Lagneau, auteur du rapport sur la *coopération des médecins traitants à la détermination* des CAUSES DE DÉCÈS a demandé, après une discussion assez confuse, le renvoi des contre-projets à la commission, ce qui fut fait.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

SOCIÉTÉ LOCALE DU DÉPARTEMENT DE L'OISE.

Le dimanche, 13 juillet, la Société locale du département de l'Oise était convoquée par son président, à l'effet de résoudre une délicate question de modification de son règlement.

M. le docteur Millot avait eu l'heureuse inspiration de faire appel à l'infatigable ardeur du président de l'Association générale. Les sociétaires éprouvèrent l'agréable surprise de voir au fauteuil M. Henri Roger qui, à la dignité due au libre choix de ses sept mille confrères, a voulu, pour déguiser ses libéralités, joindre le simple titre de membre de toutes les sociétés locales.

Ces titres accumulés ne constituent point une sinécure. M. Henri Roger tient à se rendre partout ou l'appellent ses devoirs de sociétaire lorsque quelque danger vient à menacer l'un des rameaux de sa chère association générale.

Il s'agissait, en effet, de conjurer quelques complications. La présence du président général, son tact, l'autorité de sa parole, joints à l'influence que s'est si légitimement acquise l'honorable docteur Millot, ont écarté tout péril.

Après la séance 35 membres présents se sont assis à la table hospitalière de madame Millot qui en a fait les honneurs avec une grâce parfaite, et vers la fin du repas, M. Henri Roger quittant son rôle de président pour devenir le plus aimable des convives, a porté le toast suivant :

Mon cher collègue, mes chers confrères,

C'est la première fois que j'ai le plaisir de me trouver au milieu de mes amis de l'Oise, connus ou inconnus, auxquels je suis également attaché par les liens de la fraternité et de la gratitude. Je profite de l'occasion pour les remercier de m'avoir fait partager avec M. Millot les honneurs de la présidence dans votre florissante société; mais je ne suis pour vous qu'un président *in partibus... fidelium* non pas *infidelium.* Le véritable président, c'est celui qui nous a réunis dans ce splendide banquet médico-amical.

« Le véritable amphytrion,
« Est l'amphytrion où l'on dîne. »

Chers co-sociétaires, la Société de l'Oise est âgée d'un an à peine et déjà c'est une fille grande et forte; elle a déjà toutes ses dents et elle mange de tout (vous venez de vous en assurer par vous-mêmes). — Permettez-moi de boire à la prospérité toujours croissante de cette enfant phénoménale, prospérité qui va, j'espère, être brevetée par M. le

Préfet avec garantie du gouvernement. — Je porte un toast cordial et reconnaissant à M. Millot, son excellent pére, son père nourricier !

Il va sans dire que dans le toast où je viens d'exprimer nos vœux et nos remerciements pour notre président modéle, nous associons sa digne compagne, l'aimable hôtesse qui nous reçoit avec une si gracieuse hospitalité.

Ce toast portera bonheur à la Société de l'Oise. Ce nom, de fraîche date, est dû à l'abnégation des médecins qui, membres depuis 21 ans de la Société locale de Senlis, qu'ils avaient fondée ont renoncé au titre et au siége primitifs de la Société.

Cette dernière fut fondée en 1858 par son premier président, le docteur Voillemier. Nous nous souvenons encore du jour, où, réunis pour la première fois à sa table, on racontait que notre cher président, un peu coutumier dans sa verte vieillesse du péché de gourmandise, condamnait sa porte au moment des repas. Mais le serviteur avait une consigne religieusement respectée « s'il s'agit d'un de mes pauvres, j'y suis toujours. »

M. Voillemier eut pour successeur le docteur Juillet, de Creil, conseiller général du canton. La Société garde encore le souvenir de son aménité, de sa serviabilité à toute épreuve.

La présidence échut alors à un modeste et actif praticien, le docteur Assolant, de Senlis, qui malgré son labeur acharné légua à sa famille beaucoup plus de considération que de fortune.

Vint ensuite le docteur Boursier, de Creil, savant chercheur, pére de famille accompli.

Depuis quatre ans, le siége de la présidence est transporté à Beauvais par suite de l'élection du docteur Millot. Il nous donnait l'hospitalité hier, dans sa charmante résidence de la Villa Raphaël. Ce n'est pas du denier qu'on octroye à Esculape qu'il a pu la bâtir, assure-t-il ! Nous l'en croyons volontiers et constatons qu'on s'y trouve fort bien et que c'est grâce au docteur Millot et grâce au dévouement du vice-président, le docteur Aubet, du Parc-aux-Dames (encore un châtelain), assistés du sympathique, du jeune secrétaire de la Société, le docteur Max Lesage, que celle-ci doit son développement. Elle compte plus de 70 membres.

Ce récit prouve bien la sagesse des règlements de l'assemblée générale; si nous ajoutons que partie de 30 sociétaires, descendue à moins de 25, ne comptant quelquefois que 8 à 10 membres à ses réunions annuelles, l'association de Senlis a été en proie a bien des alternatives.

Le découragement, la désillusion ont bien souvent frappé à sa porte. Mais les persévérants finissent par triompher, surtout quand ils ont derrière eux l'appui d'une société puissante. Ils ont résisté aux causes de dissolution et en ont été récompensés par la réunion si affectueuse, si nombreuse qui se serrait hier à la table trop étroite de son excellent président.

Un des membres fondateurs de l'Association Générale.

LES CONGRÈS

British Medical Association.
Congrès de Cork.

Nous avons annoncé dans un numéro précédent la prochaine réunion de l'association médicale britannique à Cork, le 3 août prochain.

Nous analysons, à ce propos, un article trés-intéressant du *Progrès Médical*, qui touche à des questions que nous avons exposées nous-mêmes dans le programme de ce journal.

« Nulle profession, dit notre savant confrére, n'a plus que la nôtre besoin de ces réunions périodiques où chacun vient apprendre ou communiquer quelque chose de cette science qui est sans fin.

« En France, le droit de se réunir est si nouveau que les médecins en usent à peine, et doivent aller à l'étranger pour éveiller en eux-mêmes la valeur des mots « *médecine sociale, associations médicales, congrès médicaux, etc.*

« La saison des Congrès médicaux est ouverte ; elle a commencé à Atlanta (Géorgie), où l'Association nationale des Médecins américains a fait son célèbre " *pronunciamento* " en faveur du systéme métrique. »

Cette question de l'adoption du système métrique est à l'ordre du jour des travaux du congrès de Cork. L'Amérique et l'Angleterre s'étaient, seules, montrées réfractaires à son adoption. La défection des Américains laisse nos confrères anglais à découvert, et complétement excommuniés du langage mathématique des sciences en général et de la médecine exacte représentée par la méthode d'observation numérique en particulier.

Cette question, il faut l'espérer, sera résolue en Angleterre, comme en Amérique, dans le sens du progrès. Elle sera, du reste, l'objet d'un rapport au Congrès médical international d'Amsterdam par la commission nommée *ad hoc* au congrès de Genéve, l'année dernière.

Congrès international des sciences médicales
à Amsterdam.

Un Congrès des sciences médicales se réunira à Amsterdam du 7 au 13 septembre prochain. Le professeur Donders, d'Utrecht, est président du comité d'organisation ; c'est au Dr Juge, secrétaire-général, que doivent être adressées, à Amsterdam, les piéces relatives au Congrès. C'est la 6e session des congrès internationaux, la 5e session avait eu lieu à Genève en 1878.

Les questions à étudier sont réparties entre plusieurs sections : sections de médecine, de chirurgie, d'accouchements et de gynécologie, de biologie, de médecine publique, de psychiatrie, d'opthalmologie, d'ontologie, de pharmacologie.

Il sera fait, pendant la durée du Congrés, une exposition des appareils ou instruments nouveaux, usités en médecine, en chirurgie, en physiologie, etc., etc.

Congrès international d'hygiène
à Turin, en 1880.

L'œuvre des Congrés internationaux d'hygiéne, commencée à Bruxelles en 1876, continuée à Paris, en 1878, doit fournir une nouvelle étape, à Turin, en 1880.

Déjà un comité d'organisation s'est mis à l'œuvre, sous l'habile direction de notre savant confrère le professeur Pacchiotti ; les divers pouvoirs publics ont assuré leur concours par des subventions ; la Société italienne d'hygiène de Milan a préparé une excursion particulière, et tout permet de penser que ce Congrès sera le digne successeur de ses brillants aînés.

Ce n'est pas seulement en Italio qu'il a réussi à se créer de nombreuses sympathies ; car un comité vient de se constituer en France pour assurer la participation de ce pays au Congrès de Turin. Ce comité est composé du bureau du Congrès de Paris, assisté des présidents des séances et des sections et

des rapporteurs, et il a reçu le patronage de M. le ministre de l'agriculture et du commerce. Une telle preuve d'assistance est précieuse pour les hygiénistes de Turin ; nous voulons espérer qu'il sera également répondu à leur appel dans les divers pays, notamment dans le nôtre, de façon à préparer encore, en 1880, une éclatante manifestation de la puissance du progrès et des nécessités de l'étude des questions se rapportant à l'hygiène privée et publique.

(*Art. méd. belge.*)

AVIS AUX MEMBRES FONDATEURS ET PARTICIPANTS.

Il sera fait, dans les premiers jours d'août, un tirage à part du programme de la *Direction*, qui indiquera en outre à chaque destinataire son numéro d'inscription et donnera les renseignements qui nous ont été réclamés par de nombreux correspondants.

Il s'est produit quelques omissions inévitables dans l'expédition des deux premiers numéros. Nous avisons nos lecteurs que toutes les adhésions qui nous sont parvenues depuis l'envoi des premières circulaires, ont été maintenues *quelle que soit leur formule et leur date*. Par conséquent, ils peuvent réclamer les numéros qui leur manquent.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA CHLOROSE

Les recherches que M. Hayem poursuit depuis plusieurs années démontrent que, dans la chlorose, il n'y a pas seulement une diminution dans le nombre des globules rouges, mais surtout une *altération individuelle* de ces globules. Cette altération réside dans ce fait que les globules rouges se chargent d'une quantité insuffisante de matière colorante (hémoglobine). Le fer a précisément pour action de combattre cette *altération individuelle* du globule. On a objecté à la vérité, que les préparations ferrugineuses ne rétablissent la constitution normale du sang que par voie indirecte, c'est-à-dire en excitant l'appétit.

La chlorose s'accompagne généralement d'une anorexie prononcée et opiniâtre. Or il est reconnu que beaucoup de préparations ferrugineuses stimulent l'appétit; il était donc permis de se demander si les chlorotiques qui ingèrent du fer et qui retrouvent ainsi leur appétit ne puisent pas dans leur alimentation de quoi subvenir à la réparation des globules rouges tant au point de vue du nombre que de la qualité de ces derniers. Or il n'en est rien.

Pour le démontrer. M. Hayem en collaboration avec M. Regnault, a entrepris des recherches qui consistaient à administrer des préparations ferrugineuses insolubles telles que le ferro-cyanure de potassium qui traversent l'organisme sans s'y fixer. Ils ont constaté que ces préparations sont absolument impropres à concourir à la réparation hématique ; puis M. Hayem a eu l'idée de soumettre des chlorotiques à des inhalations d'oxygène.

On sait depuis M. Demarquay que c'est là un des meilleurs moyens de stimuler l'appétit de ces malades. En effet, M. Hayem en faisant inhaler à ses malades de l'oxygène à la dose de 10 litres environ par jour en deux ou trois séances, a obtenu des résultats merveilleux au point de vue de la stimulation des fonctions digestives. Des chlorotiques qui consentaient à peine à ingérer quelques aliments végétaux peu nutritifs devenaient insatiables au bout de quelques jours de ce traitement et dévoraient jusqu'à 5 ou 6 portions d'hôpital dans les 24 heures. Le chiffre de l'urée éliminée, dans le même espace de temps, s'élevait de 10 à 12 gr. à 35 ou 40 grammes par jour. L'état général s'améliorait, le poids du corps augmentait, *mais les malades conservaient leur teint et restaient chlorotiques.* En effet l'examen du sang démontrait bien une augmentation du nombre des globules, mais l'altération individuelle, c'est-à-dire l'insuffisance d'hémoglobine subsistait. Les malades placées dans ces conditions fabriquent un plus grand nombre de globules, mais *ce sont toujours des globules pathologiques.*

Au bout de 2 ou 3 mois de ce traitement, le défaut de coloration des globules rouges constaté au microscope contrastait avec l'amélioration des fonctions digestives et de l'état général, il suffisait d'ailleurs de supprimer les inhalations d'oxygène pour voir retomber les malades dans leur état primitif.

C'est alors que pour compléter ses expériences, M. Hayem associa les préparations ferrugineuses solubles aux inhalations d'oxygène. Les globules rouges ne tardèrent pas à redevenir physiologique tant sur le rapport de la qualité que du nombre ; cette amélioration est d'autant plus prompte à survenir que, sous l'influence de l'oxygène, le tube digestif est rendu plus tolérant pour les préparations ferrugineuses.

De ces recherches, il y a lieu de conclure que :

1° Les préparations ferrugineuses solubles peuvent seules modifier l'altération des globules rouges qui est le caractère essentiel de la chorose.

2° Chez les chlorotiques affectés de dyspepsie, les inhalations d'oxygène doivent être considérées comme un auxiliaire avantageux du traitement par le fer.

Contribution à la physiologie des sueurs; action et antagonisme locaux des injections hypodermiques de pilocarpine et d'atropine. — Note de M. le Dr Strauss, médecin des hôpitaux, lue par M. le prof. Vulpian à l'Académie des Sciences.

« I. Si l'on pratique, chez l'homme, une injection hypodermique de gr. 01 à gr. 02 de nitrate de pilocarpine (dose physiologique) en solution dans 1 gramme d'eau, on observe les phénomènes suivants. Au bout de deux à cinq minutes, la peau recouvrant l'ampoule formée par le liquide injecté rougit, puis se couvre de gouttelettes très-fines de sueur. Ces gouttelettes apparaissent d'abord, non pas au lieu même de la piqûre, mais à la circonférence de l'ampoule, sous forme d'une collerette ; peu à peu, la sueur s'étend concentriquement vers le centre de l'ampoule, qu'elle finit par envahir totalement.

« Cette sueur *locale* se produit deux à trois minutes avant la salivation, cinq à huit minutes avant la sueur générale. Cet effet local est d'autant plus rapide et plus accusé que la peau où a lieu l'injection est plus riche en glandes sudoripares ; les meilleurs endroits sont le devant du sternum, le front et le pli du coude. La peau de l'avant-bras, surtout à la face dorsale, est moins favorable, et il faut y regarder de très près pour constater le phénomène, qui, cependant, est constant. C'est pour ce motif, peut-être, qu'il a passé inaperçu.

« II. En réduisant la dose, tout peut se borner à une action sudorifique locale : en injectant une ou deux gouttes d'eau tenant en dissolution de gr. 001 à gr. 004 de nitrate de pilocarpine, on provoque une sueur purement locale, *sans le moindre phénomène général.* On peut ainsi, *à volonté, faire suer telle ou telle région du corps* et dessiner des lignes humides sur le reste de la peau demeurée sèche.

« III. A l'aide d'injections sous-cutanées d'atropine, on peut réaliser l'expérience inverse. Si, chez un

sujet en pleine sueur sous l'influence de la pilocarpine, on injecte sous la peau de très-faibles doses de sulfate d'atropine, on voit, à ce niveau, la sueur diminuer presque immédiatement ; au bout de quelques minutes, elle est totalement supprimée. On peut ainsi réserver à volonté des lignes sèches sur la peau humide.

« Pour m'assurer que l'arrêt de la sueur est bien l'effet de l'atropine et non celui du seul fait de l'injection d'un liquide, j'ai, à diverses reprises, simultanément injecté un volume équivalent d'eau pure ; l'effet d'arrêt a toujours fait défaut Cette action d'arrêt local de la sueur s'obtient à l'aide de doses infiniment petites d'atropine ; il n'a jamais manqué, même avec un millième de milligramme de substance active, chez l'homme. Chez le chat, une injection de moins d'un centième de milligramme dans la pulpe d'une des pattes a produit le même effet d'arrêt.

« La peau en sueur d'un chat ou d'un homme peut donc être considérée comme un réactif extrêmement délicat de l'atropine, puisqu'il suffit de l'injection d'un *millionigramme* de cette substance pour produire l'arrêt local de la sueur.

« Cette sensibilité des glandes sudoripares à l'égard de l'atropine est supérieure même à celle de l'iris, si grande cependant. Une solution d'un millième de milligramme de sulfate d'atropine instillée dans l'œil ne détermine, en effet, pas de mydriase appréciable.

« IV. Si, à l'aide du pulvérisateur de Richardson, on produit une réfrigération intense d'une portion de peau, et, qu'ensuite, on injecte à ce niveau gr. 01 à gr. 02 de nitrate de pilocarpine, l'effet sudorifique *local* fait défaut, malgré l'établissement de la sueur générale. Même quand la réfrigération locale s'est dissipée, la sueur locale n'apparaît pas, ou très tardivement et très faible.

« Le froid prolongé paraît donc agir comme l'atropine, en paralysant les actions sécréto-sudorales, paralysie qui persiste alors même que le fait physique du refroidissement et l'anémie locale se sont dissipés. Cette donnée est intéressante au point de vue de la physiologie pathologique des refroidissements et des rétrocessions de la sueur. »

VARIÉTÉS

UTERUS DOUBLE AVEC DOUBLE CONCEPTION.

Le Dr Sotschawa (de Moscou), rapporte (*St-Petersburg med. Woch.* Janv. 79) le cas d'une femme âgée de 26 ans, qui l'appela pour une hémorrhagie survenue durant une troisième grossesse. A l'examen, on trouva qu'il y avait deux vagins distincts, aboutissant chacun à un utérus. Le doigt arrivait sans peine à travers le premier de ceux-ci de manière à pouvoir sentir l'œuf se présentant, l'utérus paraissait correspondre à environ le second mois de la conception. Le vagin de l'autre côté (droit) était plus étroit, mais on atteignait un col qui paraissait appartenir à un utérus de trois mois. L'hémorrhagie avait sa source dans les deux utérus et en conséquence était considérable, un embryon d'un mois fut extrait par le doigt de l'utérus gauche, et trois jours après un fœtus de trois mois fut extrait de l'utérus droit. L'auteur observe que ce cas n'est pas seulement remarquable par sa rareté (il y a seulement trente cas semblable dans la science), mais aussi parce qu'il est un témoignage en faveur de la possibilité d'une superfétation.

ÉTIOLOGIE DE L'ATAXIE LOCOMOTRICE.

Des recherches sur ce sujet faites par M. le Dr J. Ferry (th. de Paris, 1879), il résulte que sur un total de 219 cas, on compte 164 hommes et 65 femmes. Au point de vue de l'âge, sur 146 observations où le début est indiqué on trouve :

Avant 20 ans	5 cas
De 20 à 25	5 —
De 25 à 30	13 —
De 30 à 35	28 —
De 35 à 40	29 —
De 40 à 45	30 —
De 45 à 50	15 —
De 50 à 80	23 —

Ainsi la plus grande fréquence de l'ataxie s'observerait de 30 à 45 ans.

Au point de vue de la constitution des malades, on obtient sur 219 cas, les résultats suivants :

Cas sans indications	60 cas
Arthritisme, refroidissements	48 —
Cas complexes	41 —
Syphilis	18, plus 3 douteux.
Hystérie	12 cas
Hérédité	11 —
Traumatismes	9 —
Troubles des organes génitaux	7 —
Alcoolisme	5 —
Emotions, fatigues	5 —

CHRONIQUE

Concours pour deux places de médecin à l'hospice de Bicêtre. — Ce concours, récemment institué, vient de se terminer par la nomination de MM. Bourneville et Voisin.

Nous sommes heureux d'enregistrer la nomination du distingué directeur du *Progrès Médical*.

* *

— Les duels d'étudiants dans les universités allemandes sont, paraît-il, plus fréquents que jamais, et de différents côtés l'autorité cherche à y mettre obstacle. Non qu'elle puisse les défendre, car il n'y a pas de loi en vertu de laquelle elle pourrait interdire aux étudiants de se hacher et de se balafrer mutuellement la figure, ces mutilations étant toutes volontaires. Mais elle s'efforce de les rendre moins faciles en leur enlevant le terrain sur lequel ces rencontres ont lieu d'habitude. C'est ainsi que l'autorité du district de Leipzig vient de signifier aux hôteliers et aubergistes de son ressort défense formelle de prêter leurs locaux aux duels d'étudiants, sous peine de 150 francs d'amende. La police a reçu en même temps l'ordre de poursuivre les contrevenants avec la dernière rigueur.

AVIS. — *Par application de la loi du 7 avril dernier, tous les bureaux de poste de France sont autorisés à recevoir les abonnements. L'administration du* CONCOURS MÉDICAL, *prenant à sa charge la remise perçue par l'administration des postes, nos abonnés des départements n'ont qu'à verser, au bureau de poste de leur résidence, le montant de leur abonnement, tel qu'il est annoncé ci-dessus.*

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
1re Année. — N° 5 2 août 1879.

BULLETIN DE LA SEMAINE.

L'Académie de médecine a clos la discussion relative à la participation des médecins traitants à la statistique des décès en adoptant les conclusions nouvelles de la commission qui garantissent le secret professionnel. L'article principal est celui-ci : « Après les formalités relatives à la déclaration et à la constatation d'un décès, l'administration enverra, *par la poste*, au médecin traitant, un bulletin sur lequel celui-ci indiquera la cause de la mort; *il le renverra par la poste au bureau de statistique*. Ce bulletin ne portera ni le nom ni les prénoms du décédé ». On trouvera d'ailleurs plus loin le texte complet des conclusions votées par la savante Société.

Après un rapport de M. Rochard sur la *coloration des jouets en caoutchouc par des substances inoffensives*, dont les formules ont été données par M. Turpin, l'infatigable M. Collin lit un manuscrit intitulé :*Nouvelles recherches sur le rôle des ganglions lymphatiques dans la genèse du charbon*.

Le succès de la séance a été pour M. Tarnier. L'éminent chirurgien a présenté une femme chez laquelle il a pratiqué *l'opération césarienne, suivie de l'ablation de l'utérus et des ovaires d'après la méthode de Porro* (de Pavie). Cette femme a été opérée à la Maternité, c'est-à-dire dans un milieu en apparence très-défavorable. De plus, l'opération césarienne n'a pas réussi à Paris depuis 1787. Le procédé proposé par Porro (de Pavie), qui l'a mis en pratique pour la première fois en 1876, a donné jusqu'ici quinze succès sur 28 opérations.

Voici quels sont les avantages de la méthode, selon M. Tarnier : l'ablation de l'utérus supprime deux des causes les plus fréquentes de la mort après l'opération césarienne, à savoir l'hémorrhagie utérine et la péritonite par épanchement des lochies dans la cavité abdominale. En effet, on enlève à la fois l'utérus et la double plaie utérine et placentaire.

Quant à l'objection qui pourrait être faite touchant la suppression des organes de la génération, par conséquent l'obstacle à une nouvelle grossesse, elle n'a pas d'importance, car il s'agit avant tout de sauver la femme d'un danger immédiat. Dans les rétrécissements extrêmes mesurant moins de 66 millimètres, la céphalotripsie, dont jusqu'ici M. Tarnier était partisan, tue tous les enfants et sauve à peine la moitié des femmes. L'opération de Porro sauverait tous les enfants, et comme la céphalotripsie, la moitié des femmes

M. Tarnier a employé la méthode antiseptique dans toute sa rigueur, ce qui doit avoir accru les chances de guérison. Enfin, il a usé des mêmes soins consécutifs que dans l'ovariotomie, et dès les premiers jours, la malade a pris du champagne et des bouillons. M. Tarnier croit que cette opération est rationnelle et qu'elle est appelée à rendre de grands services.

M. Bergeron se plaignait du peu d'empressement des concurrents aux prix de l'Académie; voilà cependant un nouveau legs fait par M. Jacquemier afin de récompenser l'auteur d'un travail sur un sujet d'obstétrique!

Nous devons signaler ici la distinction dont M. Paul Bert vient d'être l'objet. L'Université d'Edimbourg disposait pour la première fois du prix Cameron, institué pour récompenser les médecins qui ont, dans l'année, fait la plus importante découverte dans le domaine de la thérapeutique. C'est à notre compatriote qu'elle l'a attribué pour les résultats pratiques de ses belles recherches sur la pression barométrique et particulièrement pour sa découverte récente de l'emploi chirurgical du protoxyde d'azote sous pression comme anesthésique de longue durée.

REVUE GÉNÉRALE

QUELQUES POINTS DE CLINIQUE SUR L'AZOTURIE.

L'ensemble des produits de désassimilation azotée se retrouve dans l'urine presque complétement, sous la forme d'urée, d'acide urique, de créatine, de créatinine, de matières colorantes, etc. On les divise généralement en deux groupes, d'une part l'urée, et, d'autre part, les matières désignées en bloc sous le nom de matières extractives.

Si le mot azoturie était pris dans son sens propre, il devrait donc désigner le dosage de tout l'azote contenu dans les différentes matières que nous venons d'énumérer. En effet, malgré les incertitudes qui règnent encore sur la formation de l'urée, il n'en est pas moins prouvé que son mode de production ne peut être séparée de celui des matières extractives, et par ces matières il y a aussi déperdition d'azote. Si donc on voulait calculer très-exactement la déperdition d'azote, il faudrait calculer l'azote contenu dans toutes ces matières. Mais cette opération nécessite des manipulations chimiques difficiles, et peu pratiques. On s'est donc borné dans les recherches cliniques au dosage du premier groupe de matières azotées, c'est-à-dire de l'urée, en remarquant surtout que si l'on dose la quantité d'azote éliminée par les différents corps azotés contenus dans l'urine, et qu'on la compare à la quan-

tité d'azote contenue dans l'urée, on trouve que 2 grammes seulement de substance azotée sont éliminés sous une autre forme que l'urée.

En résumé, et pour nous en tenir au point de vue purement clinique, l'*azoturie est un symptôme caractérisé par l'élimination exagérée de l'urée dans les urines.* (Démange, th. d'agrég. 1878.)

Le chiffre d'urée éliminée en vingt-quatre heures est, d'après M. Bouchard, de 19 à 24 grammes. Mais un grand nombre de causes peuvent faire varier ce chiffre, et d'abord une alimentation composée de viandes en quantité considérable suffirait à augmenter l'urée éliminée jusqu'à 30 grammes, il faudra donc tenir compte de la manière de vivre de l'individu.

Certains médicaments ont aussi une action notable, c'est ainsi que l'iodure de potassium augmente la quantité d'urée éliminée.

Enfin le sexe et l'âge auraient aussi une grande influence; l'homme aurait une déperdition d'urée plus considérable que la femme, et l'adulte plus que l'enfant et le vieillard.

Si donc on voulait être complet il faudrait d'après M. Démange :

1. Doser l'urine des vingt-quatre heures ;
2. Employer des procédés chimiques comparables entre eux ;
3. Doser non-seulement l'urée, mais les matières extractives ;
4. Tenir compte du poids, de l'âge, et du sexe de l'individu ;
5. Peser son alimentation et la comparer aux déchets azotés ;
6. Enfin tenir compte de son état d'exercice ou de repos absolu.

Toutes ces conditions ne sont pas réalisables au point de vue où nous nous sommes placés. D'abord nous avons éliminé le dosage des matières extractives, ensuite ce n'est que dans certains cas particuliers que l'on devra peser l'alimentation, mais dans les examens que l'on pourra faire couramment *il suffira de connaître la nature de l'alimentation, de tenir compte des fatigues ou des erreurs de régime, enfin de doser l'urée toujours avec le même appareil. — La seule précaution sera d'avoir toute l'urine des vingt-quatre heures.* Du reste, on ne se proposera le plus souvent, au point de vue clinique que de savoir s'il y a déperdition exagérée de matières azotées, ce qui s'obtiendra facilement par quelques dosages faits avec soin, on pourra alors, si l'on veut, construire la courbe par un dosage journalier, c'est dans ce cas qu'il sera utile de régler le régime du malade, pendant tout le temps ou l'on voudra faire le dosage.

Dans beaucoup de cas l'existence de l'azoturie étant constatée on se contentera d'un dosage fait de temps à autre pour en suivre la marche.

On opère généralement ce dosage par les procédés d'Yvon ou de Regnard, mais nous n'avons pas à entrer dans le détail de ces manipulations.

On peut étudier l'azoturie dans toutes les maladies, mais c'est dans les fièvres surtout qu'elle a été recherchée, c'est, en effet, dans les fièvres, quand la diète est presque complète que l'azoturie donne la mesure du mouvement denutritif. Cependant dans ces cas, la valeur seméiologique de l'azoturie n'est pas bien établie.

Pour Gubler *si l'élévation de la température s'accompagne d'une production exagérée d'urée, on aurait affaire à une fièvre franche ; si, la température restant à un degré élevé, le chiffre de l'urée baisse plutôt qu'il n'augmente, on devrait redouter une fièvre maligne,* mais dans ce dernier cas les matières extractives augmentent si bien, que si l'on dosait l'azote total on constaterait encore une augmentation de l'élimination azotée.

En général cependant, l'urée augmente dans l'urine avec la fièvre, et Lorain construisant les courbes de l'urée et du chlorure de sodium, les trouvait divergentes au début, l'urée suivait une courbe ascendante, le chlorure de sodium diminuait, puis les deux courbes se rapprochaient et pour Lorain le moment de l'intersection des deux courbes indiquait la fin de la fièvre.

Malgré ces faits, il faut avouer qu'il semble aujourd'hui démontré qu'il *n'y a pas de relation nécessaire entre l'élévation de la température et l'élévation de l'urée.*

Dans la fièvre typhoïde M. A. Robin, admet que la quantité d'urée est d'autant moins élevée que les symptômes typhoïdes sont plus accusés, et qu'elle est d'autant plus élevée que la fièvre affecte une marche plus franchement inflammatoire.

Dans la variole, Gubler attachait à l'azoturie une grande importance et dans certains cas où le diagnostic pouvait être douteux il croyait avoir reconnu des varioles au début à la présence d'un culot d'urée au fond du verre à expérience (1).

Un grand nombre de recherches ont été faites à ce sujet dans toutes les maladies presque toutes ne nous paraissent présenter qu'un intérêt théorique c'est ce qui fait que nous ne leur donnons pas place ici.

Nous arrivons aux cas ou l'azoturie acquiert une valeur considérable et, nous en considérerons deux cas : le premier lorsqu'il existe ce qu'on appelait autrefois le diabète insipide qu'on appelle aujourd-

(1) Gubler procédait de la façon suivante pour rechercher l'urée dans ces cas, il versait lentement dans un verre à expérience, de l'acide azotique, il apparait à la partie supérieure de l'urine un disque d'acide urique ; à une certaine distance au-dessous, un diaphragme d'albumine si l'urine en contient, plus bas une coloration brunâtre, qui traitée par l'éther donne l'indigose urinaire. Enfin l'urée se précipite au fond du vase en nitrate d'urée, et sous forme de givre, de paillettes ou de culot. Pour M. A. Robin, le givre équivaut à 25 grammes environ d'urée par litre, les paillettes à 45 grammes, le culot à 50 grammes au moins.

d'hui le diabète azoturique. Le second lorsque l'azoturie existe en même temps que le diabète sucré.

Diabète azoturique. — Le diabète azoturique débute comme le diabète ordinaire et ce qui frappe le plus le malade c'est un des deux symptômes primitifs *polydipsie ou polyurie.* On a rapporté des cas de début brusque.

Nous trouvons donc ici les mêmes symptômes que ceux du diabète sucré, cependant, si nous en croyons M. Lecorché, ces deux symptômes seraient moins accentués dans le diabète azoturique.

Les urines sont en quantité inférieure à la boisson. Elles sont claires, limpides, légèrement acides, devenant promptement alcalines, elles ne renferment ni sucre ni albumine.

L'urée y est constamment au-dessus de 25 grammes, on l'a vue atteindre 87 grammes dans les vingt-quatre heures.

En même temps le chiffre des matières extractives subit aussi une augmentation considérable et M. Bouchardat signale un cas ou il aurait trouvé 133 grammes d'urée et 38 grammes de matières extractives.

Aux deux symptômes déjà existant dans les deux diabètes : polydipsie et polyurie, il faudrait encore ajouter la *polyphagie* qui est constante mais à des degrés divers. Ce symptôme peut d'ailleurs disparaître lorsque le surmenage auquel est soumis l'estomac a fini par amener des troubles gastriques, ou lorsque l'urée a imprégné tous les tissus et toutes humeurs.

Le malade est faible, sa peau est sèche et terreuse, la langue n'est pas sèche comme chez les diabétiques, les gencives sont normales.

Des troubles nerveux, cephalalgie, névralgies, anesthésies partielles, diminution de l'acuité des sens, fatigue cérébrale, perte de la mémoire et de l'intelligence, viennent encore aggraver la maladie. L'impuissance est très fréquente.

L'affection peut rester stationnaire pendant un temps indéfini, d'autre fois elle présente des rémissions ou l'azoturie diminue pendant un certain temps pour reparaître par la suite. Enfin arrive la période cachectique.

Pendant cette dernière période l'urée diminue, mais la polyurie et la polydipsie persistent, les troubles gastriques arrivent, les forces sont perdues, le malade est obligé de garder le lit, des œdèmes cachectiques apparaissent.

A ce moment l'urine devient quelquefois ammoniacale dans la vessie même. La mort survient soit par les progrès de la cachexie, soit par des complications, parmi lesquelles il faut signaler la phthisie pulmonaire et des accidents gangréneux.

Mais il faut bien noter que la mort n'est pas fatale, que les rémissions sont fréquentes et que les guérisons définitives ne sont pas très-rares.

Le tableau de cette maladie présente trop d'analogie avec le diabète sucré pour que nous insistions davantage. Mais nous voyons de quelle importance sera le dosage de l'urée lorsqu'on se trouvera en présence d'un malade présentant des symptômes de diabète, sans qu'on ait cependant trouvé de sucre dans les urines, puisque c'est ce dosage seul qui permettra de poser un diagnostic soit affirmatif soit négatif.

Mais ce qui ajoute à l'importance de ce diagnostic c'est la fréquence relativement assez considérable des guérisons sous l'influence d'un traitement approprié.

Le traitement doit lutter contre la dénutrition excessive du malade et cela de deux façons, par un régime approprié et par des médicaments. Au point de vue du régime on doit surtout favoriser la réparation des pertes qui résultent de la dénutrition de l'azoturie par une alimentation suffisante, le repos et des boissons, quand le malade le désire. Le malade de M. Bouchard qui guérit sous l'influence du régime seul, n'eut comme traitement que le repos absolu au lit, 4 portions, plus 1 kilog. de viande et des boissons chaque fois qu'il en demandait. Le malade urinait 7 litres 1|2 et 96 grammes d'urée ; en 15 jours le malade était *guéri par le régime seul.*

Le sulfate de quinine, l'opium, l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler ont donné de bons résultats. Mais nous croyons surtout devoir insister sur l'emploi de la valériane. M. Bouchard l'a administrée sous forme d'extrait, il commence par 8 grammes dans la journée et va jusqu'à 20 et 30 grammes. Cependant M. Lecorché lui reproche de produire des troubles digestifs.

Certains médicaments doivent être proscrits comme l'iodure de potassium et dans le cas où l'on soupçonnerait l'étiologie syphilitique on devrait en bien surveiller l'action.

Nous devons maintenant signaler une variété d'*azoturie sans polyurie* survenant chez les jeunes gens, les jeunes filles surtout où elle peut être confondue avec la chlorose L'urine n'est pas augmentée et cependant elle renferme dans les vingt-quatre heures une quantité considérable d'urée.

Les symptômes consistent dans un affaiblissement général, parfois excessif, du dégout pour la nourriture, amaigrissement, peau sèche, terreuse, pouls et température normales. Le souffle vasculaire anémique existe le plus souvent.

Le diagnostic est souvent difficile, on croit à l'hystérie, à la chlorose. Il suffit d'être prévenu et de doser l'urée pour éviter l'erreur.

Le traitement est le même que précédemment.

Nous arrivons à l'étude de l'*azoturie dans le diabète,* cette étude a été faite avec le plus grand soin par M. Lecorché dans son traité du diabète.

« L'augmentation de l'urée constitue un des symptômes caractéristiques, elle existe dès le début, persiste pendant tout le cours de la maladie et se constate encore alors même que la glycosurie a momentanément cessé.

Pour M. Jaccoud, dans le diabète, l'azoturie n'ap-

paraît que lorsque le malade fait du sucre avec ses aliments azotés, c'est-à-dire à la seconde période, elle persiste ensuite dans la troisième.

Ce qui semble acquis cliniquement c'est que chez le diabétique azoturique il y a abaissement de la température et de plus il est démontré que *si à une période avancée de la maladie on voit le sucre et l'urée diminuer brusquement, cette diminution brusque et parallèle est un présage de sinistre augure, elle se montre aux périodes ultimes des diabètes graves et annonce que la mort est proche* (Demange).

A ce moment, quand l'urée diminue on voit presque constamment l'albumine apparaître (Bouchard).

Il est donc urgent chez tous les diabétiques de tenir compte du chiffre de l'urée, dès que l'azoturie indique une tendance à la dénutrition, il faut se défier des méthodes d'entraînement, d'exercice forcé.

Enfin, la valériane et l'arsenic sont encore indiqués contre l'élément azoturie. Le bromure de potassium semble avoir été utile à des malades de M. Bouchard, cependant Gubler le proscrit comme dangereux. La liqueur de Fowler paraît avoir donné d'excellents résultats.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Gastro-entéralgie très grave liée à une hernie épigastrique interstitielle. — Cause méconnue pendant trois années. — Guérison.

Le nommé B. perruquier à T. 35 ans, d'une bonne constitution mais d'un embonpoint sensible, mène une existence régulière et peu fatiguée. Sa seule maladie antérieure est une fièvre paludéenne contractée en Afrique en 1865 et rapidement guérie. Vers la même époque il eut une fracture de cuisse au tiers inférieur avec luxation femoro-tibiale, accident bientôt compliqué de raccourcissement et d'arthrite, d'où sa claudication actuelle.

Depuis lors B. se portait à merveille, quand, le 12 août 1874, vers 4 heures du soir, appelé en toute hâte je le vois se roulant en fureur sur son lit avec d'affreux gémissements. Le facies est cyanosé, la peau froide, la respiration saccadée, le pouls irrégulier et petit, les nausées incessantes. Il montre l'abdomen comme foyer de ses souffrances et on m'assure qu'il s'agit d'une indigestion causée par quelques prunes mangées trois heures auparavant. A part cette circonstance, la journée n'avait pas différé des autres par le travail et la nourriture, et après quelques coliques assez légères l'explosion avait été presque subite.

Je prescris une potion éthérée et opiacée et au bout d'une demi-heure, le malade ayant vomi, le mieux est considérable. Le lendemain, sauf un peu de fatigue, guérison parfaite.

Le 19 : nouvelle attaque, mais très atténuée, imputée aussi à une indigestion.

Tout était oublié depuis longtemps, lorsque le 31 mars 1875, 7 mois plus tard, une attaque identique à la première éclate sans cause connue et cède au même traitement.

Le 23 juillet, malgré un régime attentif, le mal étant revenu, sans plus songer aux indigestions et nonobstant le défaut de ballonnement, de tumeur fécale, de constipation même, j'adopte l'idée d'un engouement intestinal ou mieux d'une sorte d'étranglement interne à l'état de menace, et de genèse inconnue. En conséquence : purgatif pour le lendemain avec recommandation d'y revenir.

22 octobre : attaque légère, même traitement. Depuis 4 mois j'étais satisfait de mon diagnostic, mais le 8 février 1876, vers le soir, il advient un accès plus sévère encore que les précédents. La potion restant impuissante, j'ajoute un lavement avec opium, valériane et castoréum.

Pour abréger et fuir les répétitions, je vais résumer ici les caractères généraux de ces accès : pendant toute la maladie ils furent semblables, à la durée et à l'intensité près. Indépendants de toute cause accidentelle, de toute question de régime, *ils arrivaient dans la soirée entre quatre et six heures, jamais le matin ni la nuit, jamais pendant ni après les repas.* La douleur, constrictive et angoissante, avait *un siège invariable, trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane* et sans autre irradiation qu'une hypéresthésie des deux testicules. Les nausées, constantes dès le début, étaient remplacées à la fin par des vomissement d'abord alimentaires, ensuite glaireux et toujours suivis de soulagement. Il y eut deux variétés d'accès, les uns relativement légers, les autres très intenses. Dans la forme légère c'étaient des douleurs lentes au siège indiqué, avec faiblesse, état nauséeux, d'une durée de 3 à 12 heures. Dans la forme grave les souffrances, supportables pendant quelques instants, augmentaient peu à peu jusqu'au point le plus aigu ; parfois elles montaient d'emblée au paroxysme, s'y maintenaient de 15 à 45 minutes, puis finissaient brusquement comme par un épuisement de l'innervation. La durée des accès était donc en raison inverse de leur intensité.

A cette époque l'analyse symptomatologique me fit adopter le diagnostic banal de gastralgie. On ne pouvait songer à des coliques névropathiques ou calculeuses du foie, vu l'absence d'ictère et d'irradiation vers l'hypochondre et l'épaule droite. On ne pouvait songer à la colique néphrétique, même en cas de rein médian, vu l'état normal de la sécrétion urinaire. On ne pouvait songer à l'angine de poitrine descendante vu l'absence de douleur précordiale. Rien n'indiquait non plus une compression interne des plexus par tumeur ou des dilatations variqueuses. Restait la question d'étiologie et à cet égard j'inclinais vers une influence des centres ner-

veux probablement menacés d'une affection grave de nature scléreuse.

11 avril : attaque moyenne.

23 mai : crise violente. Le lendemain B. raconte sentir parfois du prurit à l'anus et des picotements péri-ombilicaux. Comme conclusion il désire un vermifuge-santonine 30 centigrammes en deux jours. Evacuation de trois lombrics. Le retour des accidents les 21 juin et 19 juillet fit promptement évanouir les espérances fondées sur la santonine qui fut néanmoins continuée pendant quelque temps.

14 août et 17 septembre. — Accès modérés.

Le 13 octobre. — La crise fut si atroce qu'il y eut agitation convulsive des muscles de la face et des yeux ; le *chloroforme* me parut indiqué, et quelques inhalations firent, à mon vif étonnement, *cesser à la minute* cette scène désolante.

27 décembre. — Crise un peu moins grave que la précédente ; *nouveau succès instantané du chloroforme* avant toute tendance au sommeil anesthésique.

15 février 1877. — Atteinte légère.

26 du même mois. — Accès moyen. Ce jour-là, le malade déclare avoir le ver solitaire, en arguant du maintien de l'appétit; de ce qu'il éprouve des besoins impérieux de manger ; de ce que jamais son mal n'éclate pendant ou après les repas. J'accorde 8 grammes de kousso pour le lendemain et de la graine de courge à volonté. Une deuxième dose de kousso fut administrée le 3 mars sur l'insistance du malade, satisfait de la première. On me présente même, dans un flacon plein d'eau, quelques membranes prises pour des cucurbitains, mais vraiment pareilles à celles fournies par certaines colites et provenant à coup sûr du gros intestin, irrité par le médicament.

22 mars et 26 avril. — Atteintes légères.

Enfin, le 9 mai eut lieu une crise horrible, qui fut heureusement la dernière.

Le mois suivant (juin 1877), interpellé sur sa santé, B... me dit aller très bien, n'était une *petite grosseur parue récemment au creux de l'estomac.* C'était le mot de l'énigme. Examinée à l'instant, cette tumeur, du volume d'une noisette, de forme arrondie, émerge à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, sur la ligne médiane, au lieu même des paroxysmes douloureux. Une pression un peu prolongée la réduit sans donner de sensation spéciale, et alors on constate, entre les fibres de la ligne blanche, l'écartement qui la laisse passer. Un effort la ramène facilement, mais elle ne rentre pas de même, et le décubitus dorsal n'y suffit pas toujours. Depuis son apparition, la santé est excellente. Son volume resta le même *pendant un an, jusqu'au 26 mai 1878, jour de sa guérison.* Ce jour-là, après une année de calme absolu, B... est frappé de colique rénale classique, moins toutefois l'émission consécutive du calcul : douleur lombaire unilatérale ; irradiations à la vessie, à la cuisse, au testicule rétracté vers l'anneau ; urines rares, épreintes répétées ; vomissements, refroidissement de la peau, irrégularité du pouls, etc. Au milieu de cette aventure singulière, je pense aussitôt à la hernie ; je la réduis, mais sans obtenir le soulagement, qui ne vint que deux heures après avec les moyens habituels. Enfin, chose plus étrange encore depuis cette époque, depuis plus d'un an la hernie n'a pas reparu. La guérison en paraît définitive.

En résumé, cet homme fut tourmenté, à des intervalles divers, pendant presque trois années par des crises gastro-entéralgiques dont l'*aura* et la physionomie furent immuables. Durant les accalmies, la santé générale ne chancela point, et il fut constaté seulement des malaises intestinaux sans importance unis à quelques troubles de la digestion. Aucun diagnostic pathogénique n'était formulé, lorsque, après le dix-neuvième accès, parut, comme un trait de lumière, une hernie de la ligne blanche au foyer même des crises ; hernie expliquant tout, guérissant le malade et disparaissant elle-même, peut-être définitivement, au milieu d'une attaque de colique néphrétique.

Parmi les questions posées par cette observation, j'ai retenu les trois suivantes :

1. Quel organe contenait cette hernie ?

2. Pouvait on établir le diagnostic avant l'apparition de cette tumeur ?

3. Quel a été le mécanisme de la guérison ?

1. Quel organe contenait cette hernie ?

Dans la région, on rencontre habituellement et par ordre de fréquence : masse graisseuse, épiploon, colon transverse, estomac. Et, dans tous ces cas sans exception, peuvent survenir des coliques plus ou moins violentes ainsi que des phénomènes d'étranglement. Ici l'exiguité de la tumeur a annihilé les données souvent fournies par la percussion et le gargouillement. La palpation, rendue difficile par l'enbonpoint du sujet, ne donnait ni la consistance pâteuse de l'épiplocèle, ni celle un peu plus ferme de la tumeur graisseuse, ni celle beaucoup plus dure d'un organe solide, un rein flottant, par exemple. C'étaient donc ou le colon transverse ou l'estomac, hypothèse fortifiée encore par cette notion que les prolapsus graisseux et épiploïques, souvent enflammés, deviennent aisément irréductibles et incurables. J'oserai même préciser davantage et conclure *pour l'estomac* en raison des deux faits suivants : 1. le soulagement infaillible procuré par les vomissements, dont l'œuvre facilitait le resserrement de l'organe, son retrait vers les parties profondes et l'hypocondre gauche, facilitait aussi son ascension par les contractions réitérées de l'œsophage, enfin et surtout était suivie du collapsus de l'anneau ; 2. l'absence de crises pendant et après les repas ; distendu par les aliments, le ventricule n'aurait pu alors, vu sa forme, s'engager par une éraillure étroite.

2e question. — Pouvait-on en établir le diagnostic avant l'apparition de la tumeur ? Ici, je n'ai pas même conçu la probabilité d'un cas pareil. Mon excuse se trouve dans l'insuffisance de nos classiques où dans les articles *hernie sus-ombilicale de la ligne blanche, hernie épigastrique,* je n'ai rencontré aucune variété offrant cette évolution symptomatique ; il y est simplement question, comme pour toute hernie, du reste, de dispepsie, de coliques sans cortège alarmant, d'étranglement, de peritonite partielle ou générale. J'invoque aussi mon inexpérience n'ayant j'amais observé que deux autres exemples de hernie épigastrique : *l'un* chez un homme d'une quarantaine d'années traité d'abord pour une dyspepsie rebelle, sa tumeur, très-petite, était placée à gauche de la ligne médiane ; *l'autre* chez une femme obèse et âgée d'environ 60 ans; sa tumeur, de nature graisseuse, est irréductible, s'enflamme souvent et détermine alors des douleurs vives, mais non excessives et sans retentissement réflexe considérable ; cette tumeur est médiane, à deux centimètres au-dessus de l'anneau ombilical.

A l'avenir, une douleur bien localisée sous forme de crises paroxystiques séparées par de longs intervalles me fera réfléchir. Alors une exploration minutieuse me fera peut-être reconnaître une pointe de hernie. L'action instantanée du chloroforme pourra aussi me mettre sur la voie, car un effet semblable n'a encore été constaté que dans *la colique saturnine.* Enfin, l'heure des accès et le bien-être procuré par les vomissements m'indiquèrent spécialement la participation de l'estomac.

3e Question. — Quel a été le mécanisme de la guérison de cette hernie ? La réponse serait bien délicate si on ne connaissait la marche anatomique de ces sortes de lésions. On sait d'abord que la ligne blanche, c'est-à-dire la condensation en une seule lame des aponévroses des muscles obliques et transverses, présente des orifices losangiques provenant des intervalles que laissent entre elles les fibres entrecroisés en sautoir ; orifices assez nombreux au-dessus de l'ombilic qui est lui-même le plus remarquable de tous.

On sait encore que la face postérieure de cette ligne blanche, dans la région sus-ombilicale, n'est séparée du péritoine que par une atmosphère celluleuse très-lâche *infiltrée de graisse disposée en petits pelotons.* — Il est établi enfin que ces petits pelotons, très-souvent adhérents au péritoine, *s'insinuent* parfois dans les lacunes aponévrosiques; alors ils *attirent* la séreuse sous forme de doigt de gant dans lequel les organes viennent prolaber à leur tour. L'organe, dans le cas présent, était une petite portion de la circonférence de l'estomac. Le 26 mai 1878, en faisant le taxis, *j'aurai certainement réduit avec la hernie le sac et le peloton adipeux lui-même; puis celui-ci, plus ou moins enflammé, aura contracté des adhérences avec l'anneau,* adhérences amenant ainsi par occlusion de l'orifice une guérison peut-être radicale (1).

Dr E. Bozonet,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Observations de troubles trophiques singuliers

M. *Dujardin-Beaumetz,* à présenté à la Société Médicale des hopitaux (Séance du 11 juillet), une femme de 38 ans hystérique et totalement anesthésique, qu'on peut appeler la femme lithographique. Il suffit de tracer n'importe quels caractères sur sa peau, il se montre à leur place une saillie rouge tellement proéminente qu'un aveugle pourrait la lire avec la main. Il y a là un trouble trophique qui dure pendant plusieurs heures, les inscriptions restent très nettes pendant 4 ou 5 heures De plus, la température s'élève beaucoup aux points irrités, de un ou deux degrés quelquefois, de telle sorte que cette femme a un moyen très économique de se réchauffer, il lui suffit de se frotter. Pour savoir s'il existait dans la science des cas semblables, M. Dujardin-Beaumetz s'est adressé à M. Vulpian, qui n'en connaît qu'un seul, chez un homme non hystérique, M. Dujardin-Beaumetz a vu aussi une autre malade analogue, aussi hystérique, mais chez laquelle les phénomènes n'étaient pas si accentués.

Un certain nombres de membres de la Société ont presenté les observations suivantes :

M. *Strauss.* Dans un numéro du *Centralblatt,* il y aurait un article appelant l'attention sur la facilité avec laquelle on produit des troubles trophiques chez certains malades.

M. *Legroux* a observé un fait analogue chez un hystérique.

M. *Besnier.* Nous n'avons jamais vu de cas absolument semblables. Cependant une grande partie des gens qui ont eu l'*urticaire* ne peuvent se gratter sans faire de nouveau apparaître des élevures. Ce qui est remarquable dans le fait de M. Beaumetz, ce sont les rapports du phénomène avec l'hystérie et avec son intensité.

M. *Constantin Paul* connaît un fait semblable : on pouvait écrire sur le dos du malade comme sur celui de M. Beaumetz et y retrouver les caractères tracés. Mais ce qui rendait le cas différent de celui de M. Beaumetz, c'est que ce malade avait de l'urticaire sur d'autres endroits du corps.

M. Paul a dans sa clientèle une femme hystéralgique ayant de l'hépatalgie et de la dyspepsie. A un moment donné, ces phénomènes internes disparurent

---

(1) Je dis *peut-être,* car B. examiné a bien des reprises différentes depuis une année, et tout récemment encore (16 juillet 1879) déclare avoir eu la sensation très-rare et très-fugitive d'une petite grosseur. Je n'ai jamais rien constaté, mais j'approuve l'usage d'une ceinture de précaution.

en même temps que survenait de l'urticaire. Enfin, il s'est établi une alternance entre la dyspepsie hépatique et un urticaire durable. Depuis quatre ans ces phénomènes persistent, et lorsqu'ils sont intenses, il est difficile de soulager le malade; on peut donc regarder ce cas comme de l'urticaire interne Il faut rapprocher ces phénomènes de ce que l'on voit dans la scarlatine, où l'éruption fait disparaître les manifestations internes.

M. *Dujardin-Beaumetz*. A bout d'une demi-heure la rougeur de la peau s'étale et la température s'élève chez la malade en question. Du reste, elle a tous les autres symptômes de l'hystérie, sommeil, léthargie, catalepsie, etc.

M. *Dumontpallier*. Cette malade paraît dans les conditions les plus favorables pour les expériences telles que les a indiquées Shappmann. En mettant sur la moëlle des sachets chauds ou froids, on pourrait modifier l'action vaso-dilatatrice ou vaso-constrictive. On pourrait chercher aussi si les vaso-moteurs seraient influencés, soit par un métal, soit par des courants électriques. Ces faits auraient une importance pour démontrer l'existence des vaso-dilatateurs.

Nous avons observé nous-mêmes un fait de ce genre que nous rapportons ici :

OBSERVATION

—

En 1866, nous avons pu, pour la première fois, constater le curieux fait suivant; depuis cette époque jusqu'à ce jour, nous avons pu le reproduire constamment, à notre volonté, et en toute saison de l'année.

Mlle X..., jeune fille de 18 ans, d'une excellente santé, n'a jamais eu d'urticaire, n'a éprouvé que des phénomènes de dyspepsie très-passagère et quelques indigestions. Elle est sujette à la constipation; la menstruation est régulière. Elle est grande, blonde, le teint rose ; elle vit dans d'excellentes conditions hygiéniques, tantôt à la ville, tantôt à la campagne.

On trace avec la tête d'une épingle ou avec l'ongle, sur la peau de l'avant-bras, de la poitrine, ou de toute autre partie du corps et en appuyant très-légèrement des dessins, des lettres, une phrase entière.

Il se produit sur-le champ une rougeur générale de l'avant-bras, si on a choisi ce champ d'expérience. Elle dure une à deux minutes à peine. Sur les parties touchées par l'instrument paraît alors une saillie de la peau. Cette saillie est complète au bout de 40 minutes; elle est d'un diamètre double de celui de la tête d'épingle employée et d'un millimètre d'élévation à peu près. La couleur de l'élevure est analogue à celle de l'urticaire et une légère aréole rose existe tout autour des caractères tracés. On peut les lire avec la plus grande facilité tant ils sont nets et les distinguer aisément par le toucher.

Au bout d'une demi-heure, ces dessins pâlissent, l'aréole s'efface un peu, la saillie diminue et en même temps sa largeur s'accroît, et, au bout de trois quarts d'heure, présente un diamètre quatre fois plus grand que celui de la tête d'épingle.

Au bout d'une heure seulement tout est effacé.

Depuis deux ans, Mlle X. s'est mariée, est devenue mère d'un enfant de belle constitution, il y a six mois. Elle a éprouvé une crise passagère de coliques dans la région du foie. Les curieux phénomènes constatés pour la première fois, il y a douze ans environ, se reproduisent encore à volonté.

Nous ferons remarquer que chez notre malade il y avait ces troubles dyspepsiques et cette hépatalgie signalés par M. C. Paul.

Dr A. CÉZILLY,

COURS PUBLIC

ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE LARYNGOSCOPIE ET DE LARYNGOLOGIE DU Dr CADIER

—

(Suite.)

SOMMAIRE : Historique des classifications. — Classifications anatomiques. — Classification que j'adopte : division des angines en quatre classes : 1. Angines locales ; 2. Angines localisées aiguës et chroniques ; 3. Névroses 4. Tumeurs. — Raisons qui m'ont fait ne pas admettre l'existence de l'angine herpétique.

Avant d'aborder l'étude de chaque maladie du larynx en particulier, je vais faire l'historique des différentes classifications proposées jusqu'à ce jour, et vous donner les raisons qui m'ont fait adopter la classification qui nous servira de guide pour l'étude des maladies de l'appareil vocal.

L'application du laryngoscope à l'étude des maladies du larynx a permis d'en suivre l'évolution avec une facilité et une précision impossible à réaliser avant cette découverte. La laryngologie ne date d'une façon scientifique que de ce jour, et nous n'aurons donc à étudier que les classifications proposées depuis cette époque.

Les Allemands, et ceux qui en France sont les adeptes de toutes les théories qui nous viennent de ce pays, les Allemands, dis-je, ne s'attachant qu'à la lésion locale, vue avec le laryngoscope, ont basé une classification sur les différents éléments anatomiques atteints par la maladie, et sur les différents points du larynx dont les éléments anatomiques étaient lésés.

Ainsi ils reconnaissaient :

1. La laryngite glanduleuse;
2. La laryngite ulcéreuse ;
3. La laryngite œdémateuse ;
4. La laryngite hypertrophique ;
5. La laryngite nécrosique.

Dans leur article du dictionnaire encyclopédique, MM. Peter et Krisbaber ont essayé de combler une partie des lacunes de cette classification, la des-

cription que je vais vous en tracer vous permettra de juger par vous-mêmes ses nombreuses imperfections.

CLASSIFICATION ANATOMIQUE.

Cinq classes de maladies du larynx.

I. Troubles de circulation comprenant deux groupes :

a. L'hypérémie ; *b*. l'anémie.

II. Inflammations qui comprennent six groupes :

1er *Groupe*. — Laryngite simple catarrhale aiguë ou chronique et laryngite striduleuse.

2e *Groupe*. — Comprenant laryngite intense, épiglottite, périchondrite, chondrite, abcès, laryngite œdémateuse.

3e *Groupe*. — Laryngite diphthéritique.

4e *Groupe*. — Laryngite glanduleuse et laryngite hypertrophique.

5e *Groupe*. — Laryngites secondaires des fièvres éruptives.

6e *Groupe*. — Laryngites diathésiques, tuberculeuses et syphilitiques.

III. CLASSE. — Hypertrophie ou atrophie des cordes vocales.

IVe CLASSE. — Tumeurs, polypes et cancers.

Ve CLASSE. — Névroses.

Cette classification est encore basée surtout sur la constatation d'un symptôme local et peut ainsi faire confondre des maladies très-différentes comme marche, pronostic et traitement. Je crois utile de citer l'exemple suivant à l'appui de ce que j'avance :

La laryngite œdémateuse (qui, dans cette classification, forme une maladie nettement caractérisée) peut survenir dans trois cas très-différents.

1. Chez un individu très-bien portant par ailleurs et par une simple impression du froid.

2. Chez un phthisique et comme symptôme de phthisie laryngée du second degré.

3. Chez un syphilitique atteint d'accidents tertiaires du larynx.

Dans la classification anatomique que je viens de vous décrire, ces trois cas rentrent dans la même catégorie, vous voyez cependant, par la seule énumération que je viens de vous en faire que ces trois exemples, quoiqu'à peu près semblables au simple examen laryngoscopique sont essentiellement dissemblables et pour le pronostic et pour le traitement.

Dans son *traité des angines* paru en 1868, M. le professeur Lasègue a réagi contre ces doctrines et, avec l'esprit généralisateur qui le caractérise, a posé quelques principes généraux qui ont été suivis par notre regretté maître et ami le professeur Isambert, dans ses leçons cliniques de Lariboisière ; cet éminent patricien joignait à des connaissances très-approfondies de pathologie générale une très-grande habitude du maniement du laryncoscope, aussi la classification qu'il professait peut-elle être offerte comme un modèle, et je ne puis qu'en conserver les divisions principales pour la classification que je vous propose et qui me sert de guide pour l'examen de mes malades.

1re CLASSE. — Angines primitives ne se rattachant à aucun état morbide général.

Se divise en deux groupes :

1er groupe, angine inflammatoire aiguë.

	A angine catarrhale aiguë.	
2e groupe. angine catarrhale.	B angine catarrhale chronique.	Chanteur.
		Orateur.
		Fumeur.
		Alcoolique.
		Cochers.
		Par poisons.
		Vapeurs irritantes, etc.

2e CLASSE, angines secondaires ou localisées liées à un état morbide général ; deux groupes :

1er groupe, angines aiguës.	rougeole.
	variole.
	scarlatine.
	fièvre typhoïde.
	diphthérie.
	fièvre herpétique.
	morve.
	choléra.
2e groupe, angines chroniques.	syphilitique.
	scrofuleuse.
	tuberculeuse.
	arthritique

3e CLASSE. — Troubles de l'innervation, névroses, comprenant deux groupes :

1er groupe. — Paralysie.

2e groupe. — Spasmes.

4e CLASSE. — Tumeurs, comprenant également deux groupes.

1er *groupe*. — Polypes.

2e *groupe* — Cancer ou tumeurs malignes.

Dans cette classification, nous avons conservé, comme vous pouvez le voir, la caractéristique *angine*, parce que c'est un nom général et qui ne préjuge en aucune façon la partie de l'appareil vocal atteinte par la maladie, et qui peut s'appliquer également à toutes les périodes de l'affection soit qu'elle débute par le pharynx, soit que le début ait lieu par les cordes vocales.

Ainsi que vous pouvez en juger par le tableau qui précède, j'ai divisé les angines en quatre classes, mais les deux premières classes comprennent à elles seules presque toute la pathologie de l'appareil vocal ; si j'ai admis une étude séparée pour les troisième et quatrième classes, c'est surtout à cause de la physionomie particulière des névroses et des tumeurs qui nécessitent le plus souvent une thérapeutique spéciale même dans les cas où ces états morbides se rattachent à l'un des groupes de maladies étudiées dans les deux premières classes.

Dans le but de rendre plus facile l'étude de la pathologie laryngée et de vous permettre, par une vue d'ensemble, de mieux saisir les motifs qui m'ont guidé dans le choix de la classification que je vous propose, je vais vous énumérer les caractères principaux de chacun des groupes qui le constituent et vous faire connaître, en un mot, la caractéristique de chacun de ces groupes.

PREMIÈRE CLASSE

La 1re classe comprend les angines primitives ne se rattachant à aucun état morbide général.

Selon que l'élément glandulaire est plus ou moins atteint, nous avons divisé cette classe en deux groupes: le premier comprenant les angines inflammatoires simples et le second les angines catarrhales.

1er groupe. — Angine inflammatoire. C'est l'angine aiguë simple ; elle est ordinairement plus localisée que l'angine catarrhale ; son siége de prédilection est aux piliers ou aux amygdales ; lorsqu'elle est intense, elle prend un caractère phlegmoneux très marqué, surtout à la région péri-amygdalienne. Cette angine est occasionnée le plus souvent par l'impression directe d'une substance irritante et peut être aussi quelquefois le résultat d'un brusque refroidissement.

2e groupe. — Angine catarrhale aiguë et chronique. De toutes les angines aiguës, la forme catarrhale est de beaucoup la plus fréquente ; elle est caractérisée par sa localisation toute spéciale sur le système glandulaire, très développé, comme vous le savez, dans cette région; elle présente beaucoup plus de tendance à la généralisation que l'angine inflammatoire. Cette affection ne reste pas limitée à la gorge, et l'on voit survenir le coryza et la bronchite de même nature. La réunion de ces trois symptômes constitue la grippe, maladie essentiellement catarrhale et épidémique dont l'angine catarrhale n'est que l'un des trois stades caractéristiques.

L'angine catarrhale à forme chronique ne survient généralement qu'à la suite d'une ou de plusieurs angines catarrhale aiguës; quelquefois cependant, lorsque cette affection est occasionnée par l'action très souvent répétée d'irritations très localisées, les poussées d'état aigu peuvent passer inaperçues, de sorte que l'on voit l'angine catarrhale chronique s'établir d'emblée ; les chanteurs, les orateurs, les fumeurs, les buveurs d'alcool, les cochers présentent ces conditions toutes spéciales qui peuvent également survenir sous l'influence directe ou indirecte de certains médicaments ou poisons et permettent à l'angine catarrhale chonique de s'établir d'emblée.

Dans cette variété, en raison même de la nature catarrhale et chronique de l'affection, on voit les glandes du pharynx et même du larynx s'hypertrophier peu à peu par excès de fonction et donner ainsi naissance à un symptôme que l'on a appelé pendant longtemps *angine glanduleuse* et dont on a fait à tort une entité morbide distincte. Cet aspect glanduleux n'est pas, du reste, toujours identique, et nous verrons, à l'étude de chaque angine en particulier, que la forme des glandes varie avec la nature de la cause qui en a déterminé l'apparition et peut même, dans un assez grand nombre de cas, servir d'élément de diagnostic.

DEUXIÈME CLASSE

La deuxième classe comprend les angines secondaires ou localisées liées à un état morbide général. Nous aurons à étudier deux groupes : le premier comprenant les angines liées à un état morbide général aigu et le second les angines liées à un état morbide général chronique ou diathésique. Les angines aiguës qui constituent le premier groupe sont liées, le plus ordinairement à des affections pendant le cours desquelles, en raison de l'état fébrile du malade, il est souvent difficile de faire un examen laryngoscopique assez complet ; de plus; dans un assez grand nombre de cas, comme la variole, la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde, cette angine n'est fréquemment qu'un incident sans importance au milieu de phénomènes plus graves, incident dont l'apparition ne nécessite aucune intervention thérapeutique active.

Ces différents motifs nous déterminent à faire une étude moins approfondie des angines qui constituent ce groupe nous réservant d'étudier avec beaucoup plus de détails les angines chroniques, dont l'examen laryngoscopique présente plus de facilité et qui, en raison même de cette chronicité, se présenteront beaucoup plus souvent à votre consultation pour obtenir l'amélioration et même la guérison qu'ils seront en droit d'attendre d'une thérapeutique bien dirigée.

Les angines qui constituent le second groupe sont liées à des affections générales, à marche essentiellement chronique ; *syphilis*, *scrofule*, *tuberculose*, *arthritisme*; et, en raison de la tenacité et de la gravité de la plupart d'entre elles, ces variétés d'angines exigent souvent l'emploi de moyens thérapeutiques assez énergiques, et méritent, par cela même, d'occuper l'attention du médecin d'une façon toute spéciale. De plus, si dans un assez grand nombre de cas, par l'examen local et général du malade, on peut facilement arriver à poser un diagnostic certain de la nature de l'angine ; il en est d'autres au contraire où ce diagnostic présente d'assez grande difficultés. Pour nous rendre ce travail plus facile, je vais aujourd'hui vous énumérer les symptômes principaux et la caractéristique de chacune de ces variétés d'angine chronique me réservant dans nos leçons ultérieures de faire avec le plus grand détail l'étude de chacune d'elles en particulier.

1. Angine *syphilitique*, elle débute par la partie supérieure du voile du palais, de là elle s'étend sur les piliers et n'envahit que plus tard la face postérieure du pharynx ; pendant la période des accidents secondaires, les ulcérations syphilitiques ne se montrent jamais sur les parties plus profondes que la face postérieure de l'épiglotte. A la période tertiaire les parties inférieures sont envahies et l'on voit survenir les lésions syphilitiques des cordes vocales. La marche de l'angine syphilitique se fait donc de dehors en dedans elle est *descendante*.

2. Angine *scrofuleuse*, elle débute par la face postérieure du pharynx et succède le plus souvent à un coryza chronique, elle envahit ensuite par une marche ascendante les parties supérieures du voile du palais, un peu plus tard il se fait une seconde poussée vers les parties inférieures du pharynx et le début de cette seconde poussée a lieu également à la partie supérieure de la face postérieure du pharynx, nous pouvons donc constater ici une marche divergente de l'affection avec début à la face postérieure du pharynx.

3. Angine des *tuberculeux* ou phthisie laryngée, elle débute par le larynx, et les points primitivement malades sont la commissure postérieure (aspect velvetique) et le bord libre des cordes vocales ; plus tard surviennent les lésions des éminences aryténoïdes et de l'épiglotte, mais alors les lé-

sions pulmonaires sont déjà très-appréciables, nous pouvons donc constater ici une marche *ascendante* avec début par les parties inférieures du larynx.

4. Angine *arthritique*, dans cette affection on constate une généralisation plus marquée que dans les autres variétés que nous venons de passer en revue, le plus souvent le début se fait simultanément par les piliers postérieurs et par la commissure postérieure et la partie postérieure des cordes vocales, mais ces différentes manifestations sont superficielles et caractérisées par une coloration rouge vif d'une nuance toute spéciale.

A ces caractères différentiels nous pourrions joindre l'aspect des granulations et leur volume qui varie avec chacune de ces variétés, mais cette description exigerait de trop longs détails et trouvera une place beaucoup plus digne de son importance, lors de l'étude de chacune de ces angines.

Dans cette revue sommaire des angines secondaires chroniques, vous pouvez remarquer que je ne parle pas de l'angine *herpétique ;* avant de quitter ce sujet, je tiens à vous faire remarquer que ce n'est pas un oubli involontaire de ma part, et que si je ne range dans aucun groupe l'angine herpétique, c'est que je n'y crois pas comme entité morbide et que je me suis décidé à rayer du cadre des affections laryngées, cette variété d'angine dont on a abusé depuis quelques années, sans jamais parvenir à en bien délimiter les caractères.

Jusqu'à ce jour, chez tous les malades que j'ai examinés et qui étaient soi-disant atteints d'angine herpétique, j'ai pu constater, soit une angine strumeuse soit, plus souvent, une angine arthritique ; et, lorsque l'on se donne la peine d'analyser, sans parti pris, les observations bien rédigées d'angine herpétique, on trouve constamment, chez les malades qui en sont atteints, soit des antécédents de scrofule, soit des antécédents d'arthritisme qui permettent de douter de la nature herpétique de l'angine qui fait le sujet de l'observation.

Il suffit, du reste, de réfléchir à la fréquence des affections cutanées, eczémateuses ou autres, qui se montrent, soit dans l'enfance, soit pendant l'adolescence, chez les sujets scrofuleux ou arthritiques pour voir combien il est puéril de baser un diagnostic d'herpétisme ou d'angine herpétique sur la simple constatation d'une affection dartreuse à l'une de ces deux périodes de l'existence du malade.

Le temps ne me permet pas aujourd'hui de multiplier les exemples en faveur de la thèse que je soutiens ; je vous ai développé la marche de mon argumentation, lorsque j'aborderai ce sujet dans une conférence clinique, je vous ferai la lecture des observations qui ont motivé ma manière de voir, et vous pourrez, par vous-même, juger si mes conclusions sont bien fondées.

TROISIÈME CLASSE

La 3me classe comprend les troubles de l'innervation ; elle peut se subdiviser en deux groupes :

1er groupe, *paralysies ;* 2me groupe, *spasmes*.

Les paralysies comme les spasmes peuvent tenir soit à une cause étrangère au larynx, soit à une maladie de l'appareil vocal lui-même ; à part cette observation leur classification ne présente rien à noter de particulier dans cette étude sommaire.

QUATRIÈME CLASSE

La 4me classe comprend les *tumeurs ;* un certain nombre des tumeurs du larynx sont la conséquence d'une des variétés d'angines chroniques de la seconde classe, ces tumeurs seront étudiées en même temps que les maladies qui leur ont donné naissance, il nous restera, dans un chapitre spécial et qui constituera alors notre 4me classe à étudier les polypes ne se rattachant à aucune de ces angines chroniques. Dans un autre chapitre nous ferons l'étude des tumeurs malignes ou cancéreuses qui sont bien liées à un état morbide général, mais qui à cause de leur marche et de leur thérapeutique pourront faire le sujet d'une étude à part et toute spéciale qui nous conduira à étudier la thérapeutique chirurgicale des affections du larynx.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 14 Juillet

M. *Arloing* a comparé les effets des inhalations de chloroforme et d'éther, à dose anesthésique et à dose toxique, sur le cœur et la respiration. Il résulte de ses expériences que l'introduction des vapeurs anesthésiques dans le milieu sanguin s'accompagne : avec le chloroforme, d'une accélération du cœur, brusquement suivie du ralentissement et de l'arrêt de cet organe (sidération) ; avec l'éther, d'une accélération et d'un simple affaiblissement des contractions du cœur. Voici maintenant, d'après l'auteur, le mécanisme des accidents qui surviennent dans le cours de l'Anesthésie, et les précautions qu'il est nécessaire de prendre dans la pratique, lorsqu'on est obligé de faire usage des anesthésiques :

« Quant la mort survient au début des inhalations, elle est due à l'arrêt réflexe du cœur et de la respiration consécutif à l'irritation des nerfs des premières voies respiratoires. Plus tard, quand l'anesthésique se répand dans le torrent circulatoire, la mort arrive par arrêt du cœur. Si l'anesthésie dure longtemps ou si l'anesthésique est donnée à dose massive, il y a empoisonnement et la mort commence par l'arrêt de la respiration ; l'arrêt du cœur suit plus ou moins près.

« Tous les cas de mort observés dans la pratique peuvent, si l'on y réfléchit bien, être rapportés à l'un ou à l'autre de ces trois mécanismes. Donc ce vieux précepte, surveiller le cœur quand on emploie le chloroforme, la respiration quand on se sert de l'éther, n'est pas rigoureusement vrai à toutes les périodes de l'anesthésie. Dans la première phase, l'attention doit être dirigée à la fois vers le cœur et la respiration, aussi bien avec l'éther qu'avec le chloroforme. Dans la deuxième phase, on surveillera le cœur et l'on redoublera de vigilance si l'on est exposé à voir survenir, surtout avec cet agent, la sidération des malades, comme disent les chirur-

giens. Dans la troisième, on surveillera avec soin la respiration, et, comme le dénouement de l'intoxication par l'éther est plus soudain que celui de l'empoisonnement par le chloroforme, le chirurgien fera sagement, à moins d'indications spéciales, de préférer le chloroforme à l'éther lorsque l'opération à entreprendre sera ou pourra être de longue durée; il aura ainsi plus de temps avant l'arrêt du cœur pour lutter contre les accidents de l'intoxication. »

MM. *R. Moutard-Martin et Ch. Richet* ont recherché les effets des injections intra-veineuses de lait et de sucre. La conclusion générale de leurs expériences ost que la mort, aprés injection de grande quantité de lait, survient par suite de l'anémie bulbaire, laquelle produit toujours des phénomènes d'excitation. Cette anémie peut tenir à diverses causes, soit à l'oblitération des capillaires du bulbe par les globules graisseux du lait, soit à la dilution ou à l'altération du sang. Les injections de sucre dans les veines ont montré que des doses relativement très-faibles de sucre produisent une polyurie immédiate et trés marquée. Les auteurs se demandent si l'action diurétique du lait, qu'ils ont constatée, n'est pas due en partie au sucre contenu dans le lait.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juillet.

M. Lagneau, rapporteur de la Commission dite de statistique, fait en quelques mots l'exposé des communications qui ont été récemment faites à l'Académie par divers médecins, puis il donne lecture des conclusions nouvelles proposées par la Commission.

Ces conclusions sont adoptées après quelques courtes observations échangées entre MM. Bourdon, Hardy, Fauvel, Bergeron, Le Fort et M. le rapporteur.

Voici ces conclusions :

1. L'Académie approuve pleinement l'intention qu'aurait le Conseil municipal de Paris et l'administration préfectorale de demander aux médecins traitants leur coopération dans la détermination des causes de décés; mais elle pense que cette coopération ne doit être obtenue qu'en se conformant aux conditions suivantes :

2. Il ne sera introduit aucune modification dans le service dos médecins de l'état civil;

3. Après les formalités relatives à la déclaration et à la constatation d'un décès, l'administration enverra par la poste, au médecin traitant, un Bulletin sur lequel celui-ci indiquera la cause de la mort; il le renverra par la poste au bureau de statistique.

Ce Bulletin ne portera ni le nom ni les prénoms du décédé.

4. Des certificats de décès actuellement remplis par le médecin de l'état civil, celui qui sera envoyé au bureau de statistique, de même que le Bulletin nosologique du médecin traitant, ne portera aucune indication des nom et prénoms du décédé.

5. La statistique des causes de décès sera faite à l'Hôtel de Ville par des médecins.

6. Le Bulletin hebdomadaire de la statistique des causes de décès sera gratuitement expédié à tous les médecins de la ville.

CONCOURS SCIENTIFIQUE

Nous désirerions afin d'établir, d'une façon fructueuse, ces relations qui ont pour nous tant de prix, au point de vue de notre avancement scientifique, que nos lecteurs entrent dans la voie suivante :

Un travail est inséré dans le journal; il a une conclusion pratique. Cette conclusion sera vérifiée ou infirmée par nos confrères, s'ils veulent prendre la peine, de nous transmettre d'une façon bréve les résultats de leur expérimentation sur ces sujets.

Prenons pour exemple, la méthode d'analgésie de M. le Dr Guibert ou le traitement si simple de la chorée par les injections hypodermiques de liqueur de Fowler. Que nos confrères qui ont une opération douloureuse à pratiquer, ou une chorée à traiter, veuillent bien nous adresser leurs résultats.

Il est bien évident quo nous allons réunir ainsi des éléments d'appréciation très certains et nous fixer sur la valeur des méthodes et des procédés que nous seront tentés d'employer tous les jours.

La direction.

MÉTHODE ANALGÉSIQUE DU DOCTEUR GUIBERT.

Observation I.

Le 20 juillet à 8 h. du matin avec l'assistance de notre excellent confrére le Dr Chaumelle, nous avons à pratiquer à Chantilly une cautérisation au fer rouge.

Le malade est âgé de 32 ans; à 8 h. du matin, injection au niveau de la partie inférieure de la rotule de 15 milligr. de morphine, — pareille injection a été pratiquée la veille.

Au bout de 12 minutes, avec les précautions d'usage, inhalation de chloroforme, durant laquelle on tate la sensibilité du malade patient en pinçant la peau du genou.

Au bout de 2 minutes il ne répond plus à l'interrogation. Ce changement est subit. Un cautére cutellaire rougi sert à faire un large quadrillé sur la partie latérale droite de l'extrémité supérieure du péroné et du tibia avec un cautére olivaire. On pratique une cautérisation ponctuée de la partie gauche de la même extrémité. L'inhalation préalable a duré 2 minutes, cette inhalation est continuée pendant l'opération qui prend à peu près le même intervalle. On use 15 grammes chloroforme, il n'y a pas de période d'excitation; mais le malade *n'assiste pas à l'opération* celle-ci finie, on recouvre la brulûre d'empois délayé à froid et on questionne le malade. Il répond nettement qu'il est disposé à subir la cautérisation; qu'il est là pour cela. Il n'a pas de souvenir de la souffrance qu'il a accusée pourtant par quelques exclamations, durant la cautérisation.

La méthode du Dr Guibert a donné les résultats annoncés à cela prés que, le malade s'est endormi.

Nous croyons être obligé de renouveler bientôt la même cautérisation; nous pratiquerons l'injection à 2 centigrammes et vingt minutes d'avance. Nous demandons d'ailleurs, à l'auteur, de vouloir bien nous indiquer d'une façon plus précise son mode opératoire.

Dr A. Cezilly.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement des fibro-myomes utérins, par l'action électro-atrophique des courants continus.

Une des affections les plus fréquentes parmi celles des organes génitaux internes qui atteignent la femme adulte, est certainement le fibrôme utérin. Cette tumeur désignée tantôt sous le nom de tumeur fibreuse, de fibrôme, de fibro-myome, de polype-fibreux est essentiellement constituée par une hypertrophie des éléments de l'utérus, dont le principal est la fibre musculeux lisse. Aussi l'expression de myome ou de fibro-myome convient-elle mieux qu'aucune autre à ces tumeurs qui, lorsqu'elles sont sous-péritonéale donnent lieu à des hémorragies répétées et abondantes. Le traitement médical des fibro-myomes se résume on peut le dire à l'emploi des injections sous-cutanées d'ergotine, méthode préconisée par le médecin allemand Hildebrandt et à l'emploi des courants continus que M. le Dr Aimé Martin a employé dans un certain nombre de cas, avec un succès très-encourageant (*Annales de gynécologie*. février et mars 1879).

Nous aurons prochainement l'occasion de revenir sur la méthode d'Hildebrandt et sur ses indications, nous nous bornons aujourd'hui à faire connaître la méthode de M Aimé Martin.

Ce savant gynécologiste emploie une pile de Daniell (zinc et cuivre). L'auteur s'est arrêté à ce choix à la suite d'essais tentés avec des piles au bi-chromate de potasse, au chlorure d'argent, au bi-sulfate de mercure, mais c'est toujours aux éléments de Daniell qu'il est revenu

Ce sont ceux qui causent le moins de douleurs locales, le moins d'eschares, et qui agissent le plus énergiquement et de la façon la plus constante.

L'appareil une fois choisi, voici comment M. Martin procède à l'application des courants continus au traitement des fibro-myomes utérins, quelle que soit la variété à laquelle ils appartiennent.

L'*électrode positive* constituée par une petite olive métallique est placée dans la cavité du col, si cela est possible et sur la muqueuse du col dans le cas contraire.

Cette olive *en platine* forme l'extrémité d'une sonde métallique ayant environ 20 centimètres de longueur, recouverte, sauf à ses deux bouts, par un manchon isolant en gutta-percha ; à l'extrémité opposée à celle qui se termine par l'olive, vient se fixer le fil positif de l'appareil.

L'*électrode négative* formée par une plaque métallique de 5 centimètres environ de diamètre, recouverte de peau ou de linge mouillé, est placée sur la partie de la paroi abdominale qui correspond au fond de la tumeur.

De cette façon, le courant traverse la tumeur dans toute son épaisseur. On varie la situation de l'électrode négative d'une séance à l'autre, afin que la tumeur soit traverséo dans ses différents diamètres.

La douleur et les eschares se produisent toujours au *pôle négatif*, les eschares sont, du reste, peu profondes mais assez étendues, elles laissent d'ailleurs des cicatrices peu apparentes. La douleur est variable selon les sujets. Dans aucun cas elle n'a été intolérable et n'a empêché la continuation du traitement.

Le premier effet obtenu, c'est la *cessation*, pour ainsi dire *immédiate des hémorrhagies utérines*. Cet effet est *constant*.

Après une vingtaine de séances on s'aperçoit dans les cas heureux de la diminution du volume de la tumeur. A partir de ce moment la régression se fait le plus souvent avec rapidité et continue même à se produire, pendant un certain temps, lorsque pour une cause quelconque, on est forcé d'interrompre les séances.

Lorsque le résultat a été complet c'est après un nombre d'environ cent séances.

M. Aimé Martin a résumé dans un tableau 12 observations de fibro-myomes utérins ; on y voit que dans 3 cas, au bout de 12, 34 et 38 séances il n'y eut pas d'amélioration ; dans 4 cas il y eut disparition complète de la tumeur. Dans les autres cas, le résultat sans être absolument complet, fut cependant très-satisfaisant ; la tumeur diminua notablement de volume en même temps que les hémorrhagies cessèrent entièrement.

M. Aimé Martin pour désigner la force spéciale empruntée aux courants continus qu'il a utilisée s'est servi des mots d'*action électro-atrophique* qui lui semble s'appliquer convenablement à la désignation de cette force spéciale qui provoque l'atrophie des tumeurs, en produisant leur dénutrition.

CHRONIQUE

Bienfaiteurs de l'Association. — On nous annonce que notre regretté confrère, le docteur Campbell, a légué aux deux Associations médicales la somme de 20,000 francs, soit 10,000 fr. à l'Association générale des médecins de France, et 10,000 fr. à l'Association des médecins du département de la Seine.

* * *

La maison de Linné. — Une somme de 80,000 couronnes vient d'être inscrite au budget de la Suède, pour l'achat d'Hammarby, propriété de l'illustre botaniste Linné, située près d'Upsal. On la changera plus tard en musée, sous la direction du recteur de l'Université d'Upsal.

* * *

— Il est question en Russie d'opérer une révolution dans l'art de l'imprimerie. A l'une des dernière séances de la Société russe d'hygiène, M. Malarevsky, traitant les progrès de la myopie chez les hommes d'étude, a proposé d'imprimer dorénavant en lettres blanches sur fond noir. Le système a été essayé ; des expériences ont été poursuivies simultanément sur cinquante personnes, et les obtenus ont été assez concluants pour que la médecine doive pousser à la réforme proposée.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 6. 9 août 1879.

BULLETIN DE LA SEMAINE.

Nous avons analysé dans notre dernier nu-
éro l'intéressante communication de M. Tar-
ier, relative à l'amputation utéro-ovarienne
omme complément de l'opération césarienne.
ans la séance du mardi 5 août, M. le docteur
ochier, chirurgien de l'hôpital de la Charité de
yon a envoyé une lettre établissant que le
remier, en France, il a pratiqué dernièrement
opération de Porro, avec succès.
L'observation est, en ce moment, en cours
publication dans le *Lyon-Médical.*
M. Rochard, de la part de M. de Léséleuc, an-
en médecin de la marine, aujourd'hui chirur-
en de l'hospice civil de Brest, communique
e observation d'amputation triple pratiquée,
ec succès, sur le même blessé et pour le
ème traumatisme.
Ce cas n'est pas le seul exemple d'am-
tations multiples connu dans la science,
mme le croyait M. Rochard. M. le baron
rrey se rappelle avoir connu un invalide qui
it subi avec succès l'amputation des quatre
mbres.
M. le docteur Champenois, chirurgien mili-
re des plus distingués, avait déjà publié, il
quelques années, une observation analo-
, Il s'agissait d'un jeune arabe qui avait
es quatre membres coupés par les roues
train de chemin de fer. Ce malade guérit.
emble d'ailleurs que, dans ce cas, l'influence
limat et de la race n'était pas étrangère au
ès de M. Champenois.
observation de M. de Léséleuc est très-in-
ssante, et, comme l'a dit M. Rochard, elle
le plus grand honneur au chirurgien dis-
ué qui l'a menée à bonne fin.
près une communication de M. le docteur
l, sur la *transmission des bruits thoraci-
, jusque dans la partie inférieure de l'ab-
en, chez les malades atteints d'ascite;* M.
ieux a communiqué une observation de
ilis placentaire.
Malassez, chargé d'examiner la pièce
le laboratoire de M. le professeur Ran-
déclare que le placenta soumis à son exa-
présentait des lésions de nature nettement
ilitique.
point de vue clinique, la nature de ces lé-
a été contestée par MM. Depaul et Tar-
qui ont observé des placentas qui présen-
les mêmes caractères que celui dont a
M. Hervieux et qui appartenaient à des
es indemnes de tout accident syphiliti-

Signalons la nomination de M. le docteur
uchet, à la chaire d'anatomie comparée
iséum, illustrée par Geoffroy Saint-Hi-
laire et Serres. M. Pouchet porte dignement un
nom illustre; il s'inspirera sans aucun doute de
ses célèbres devanciers.

— Le congrès de l'Association britannique a
lieu en ce moment à Cork. La France y est
représentée par des hommes éminents. Bien-
tôt, à Montpellier, se tiendra la réunion an-
nuelle de l'Association pour l'avancement des
sciences. Les hommes se rapprochent, les
idées s'échangent. Nous sommes encore loin
chez nous des congrès de l'étranger. En Alle-
magne, par exemple, il y a des congrès fré-
quents, celui des chirurgiens, par exemple.
On y discute les procédés, les méthodes nou-
velles. Chacun communique ses observations.
En se séparant, on fixe une question à étudier
et à discuter l'année suivante. Il en est de
même pour les autres branches de la méde-
cine. Le mouvement scientifique ne reste pas
confiné dans quelques grandes villes, les idées
circulent plus vite. Nous avons l'espoir que
l'œuvre des congrès tendra de plus en plus à
s'étendre en France, elle y portera des fruits
dont l'importance est facile à prévoir.

REVUES GÉNÉRALES

I

DE L'INFLUENCE PATHOGÉNIQUE DES TROUBLES DE LA CIRCULATION VEINEUSE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ.

Pénétrer le mécanisme des accidents morbides ob-
servés pendant la vie, ou des lésions reconnues
après la mort en connaître les causes, est une étu-
de pleine d'un fécond intérêt pour le médecin. Ou-
tre que la connaissance de la pathogénie et de la phy-
siologie pathologique est un des indispensables fac-
teurs de la thérapeutique scientifique, l'esprit aime à se
reposer sur une explication rationnelle en présence
d'une lésion dont on ne pourra peut-être pas mê-
me atténuer les effets, mais qu'il sera parfois possi-
ble de prévenir presque à coup sûr dès que les con-
ditions de sa production seront parfaitement connues.
A mesure qu'une donnée nouvelle est introduite
dans la science médicale, il est difficile d'en calcu-
ler immédiatement la portée, mais il est certain
qu'un pas est fait vers une thérapeutique raisonnée
et par conséquent de plus en plus puissante.

La pathologie de l'enfance, celle du nouveau-né
a été l'objet de la part de M. le professeur Parrot
de travaux remarquables qui ont éclairé beaucoup de
point restés obscurs jusqu'à lui. Un de ses élèves,
M. le Dr Hutinel vient, dans un mémoire remarqua-
ble, d'étudier une des conditions pathogéniques les

plus importantes dans la pathologie du nouveau-né. Dans une communication qu'il faisait en 1873 à la Société de biologie, M. le professeur Parrot s'exprimait ainsi ; « par ces observations et par d'autres faits semblables que nous révéle l'étude des nouveaux-nés, on est amené à conclure qu'au point de vue de la pathologie, et contrairement à ce qui se passe à un âge avancé, le *système veineux a le pas sur les artères ; non parce que ses canaux sont malades, mais par suite d'une dyscrasie profonde du sang qui s'y trouve contenu.* »

Cette différence du vieillard et du nouveau-né, au point de vue des vaisseaux sanguins, est frappante. Les altérations des artères, chez le vieillard, ont éclairé la pathogénie du ramollissement cérébral. Ainsi si l'on examine le vaisseau qui se rend au point lésé on découvrira un caillot embolique, ou bien une coagulation autochthone. On se rappelle enfin le rôle des anévrysmes miliaires dans la pathogénie de l'hémorragie cérébrale.

Les lésions des tuniques artérielles, (endartérite chronique, athérôme, dégénérescence graiseuse, périartérite) sont des causes sonvent invoquées pour expliquer l'apparition de nombreux désordres, M. Cazali a résumé d'un mot ce fait d'observation en disant : On a l'âge de ses artères. »

Chez le nouveau-né, au contraire, le système artériel ne présente jamais, ou presque jamais, d'altérations qui puissent expliquer un grand nombre de phénomènes congestifs, qui se montrent soit immédiatement après la naissance, soit dans les premiers mois de son existence, en effet, on observe dans l'encéphale du nouveau-né des hémorragies, des ramollissements rouges d'origine vasculaire; dans les viscères, on trouve des lésions : foyers apoplectiques, foyers de suppuration qui rappellent, à s'y méprendre, les infarctus ; et cependant *le systeme artériel est parfaitement sain.*

La cause de ces lésions est un trouble de la circulation veineuse, qui, selon M. Parrot, ne reconnaît pas pour cause une simple altération des parois veineuses, mais bien une modification plus profonde et plus générale : *une modification du sang luimême.*

Cette altération du sang se traduit souvent par une manifestation irrécusable : la coagulation spontanée du sang dans un ou plusieurs points de son trajet, sans qu'il y ait de lésions vasculaires préexistantes Toujours ou presque toujours, les caillots se déposent dans le systéme veineux, c'est-à-dire dans les veines de la grande circulation, et dans l'artère pulmonaire, (Hutinel).

On rencontre donc fréquemment chez les enfants nouveau-nés des congestions passives et des thromboses veineuses que nous étudierons sommairement, d'après les travaux de M. Parrot et le mémoire de M. Hutinel.

Des congestions veineuses. — Lorsque l'enfant est expulsé de l'utérus, il se produit parfois des troubles circulatoires d'une gravité plus ou moin grande. Rappelons l'asphyxie consécutive au tra vail. Cet état « lorsqu'il n'est pas poussé a u degré extrême est caractérisé, dit Cazeaux, par un rougeur vive de la face et de la partie supérieur du corps, la saillie et l'injection du globe oculaire, l gonflement du visage dont la peau offre ça et là de taches bleuâtres La tête est gonflée, extrêmemen chaude, les lévres gonflées et d'un bleu foncé; le yeux sortent de la tète, la langue est collée au pa lais ; souvent la tête est allongée, dure, le visage u peu gonflé; les battements du cœur, quelquefoi encore assez forts et distincts, sont d'autres fois trè obscurs et très-faibles; le cordon ombilical e quelquefois gorgé de sang. »

Cet engorgement do veines est dû selon Jacqu mier a une espéce d'asphyxie produite par la com pression du cordon. Il peut être aussi attribu à la compression du cou soit par le cordon, s par les parties maternelles.

Mais c'est à une entrave de la circulation dans l sinus utérins qu'il faut rapporter cet état conges Les contractions utérines gênent la circulation p centaire par leur énergie, et si elles se repètent t longtemps, si on a administré maladroitement l'ergot de seigle, si surtout l'enfant se p sente par le siége, l'hématose se fait de plus plus mal et l'enfant s'asphyxie, le sang s'accum dans le système veineux, il le distend et quelque même y produit des ruptures. Le sang qui était ro dans la veine ombilicale, est, quand l'accouchem se termine, aussi noir que celui de l'artère.

On sait quelle indication se présente : il f laisser s'écouler une ou deux cuillerées de sang le cordon avant de pratiquer la ligature.

Il faut encore, si ce moyen ne suffit pas, ajout la déplétion du systéme veineux l'action de mo excitants pour la surface cutanée ou pour le poum les revulsifs et l'insufflation d'air oxygéné. Pa dernier moyen, on facilite l'hématose de cette m sanguine, impropre à la vie, qui engorge les org du nouveau-né.

Si l'enfant est fort, si la respiration se fait b peu à peu l'équilibre respiratoire s'établit. Ma n'en est pas toujours ainsi, et on voit appar des troubles qui sont sous la dépendance de l congestion veineuse. Le premier que nous sig rons c'est la rougeur de la peau qui persiste quel fois plusieurs jours et l'*œdème* des nouveau-nés

M. Parrot a décrit sous le nom d'*athrepsie* affection très commune, et qui est caractérisé un ensemble de symptômes traduisant une dé tion progressive et fatale, ce sont : la diarrh perte des facultés digestives, le muguet, l'ama sement progressif amenant parfois l'induration peau et l'immobilisation des membres, le ch chement des os du crâne, la cyanose du tégum la diminution graduelle de la température.

Dans certains cas, cette maladie a une m

rapide, alors l'athrepsie s'accompagne d'une cyanose intense, mais, en raison de la marche, l'amaigrissement, on le comprend, est moins considérable que dans la forme lente de l'athrepsie où il domine la scène pathologique.

Dans l'athrepsie aiguë, l'altération du sang joue onc un rôle important. D'après Poggiale et Ch. Robin, on sait que les globules rouges sont en plus grand nombre chez l'enfant qui vient de naître que chez l'adulte. D'après M. Lépine, la proportion de ces éléments augmente dans les vingt-quatre heures de la naissance, puis diminue ensuite graduellement. Ce fait serait, selon ce savant médecin, expliqué par des variations du plasma et non par des variations du nombre des globules.

Dès lors, si le plasma sanguin augmente, c'est à la condition qu'il y ait une absorption de liquide, et si, comme dans l'athrepsie, une diarrhée abondante se produit, au lieu que la quantité du plasma augmente, elle diminuera de plus en plus. Aussi le sang se concentrera-t-il de plus en plus ; et plus la diarrhée augmentera, plus le sang deviendra concentré. Alors on trouve que le chiffre des globules dépasse de beaucoup le chiffre normal. Ils sont aussi altérés dans leur consistance et dans leur forme. Les leucocytes, eux aussi, sont souvent augmentés dans leur proportion.

De tout cela, il résulte ce fait, facile à comprendre, c'est que ce *sang circule mal à travers les capillaires*, et qu'il circule d'autant plus mal que les capillaires présentent des réseaux plus fins ; il en est ainsi au poumon et au cerveau. Nous en déduisons que c'est là surtout où le sang tendra à stagner.

Une seule cause pourrait détruire cette influence congestive, c'est la puissance du muscle cardiaque, et il est inutile d'insister sur la faiblesse des battements du cœur chez l'enfant nouveau-né et surtout chez l'athrepsique. Si nous poursuivons cette revue, nous voyons que les congestions passives des jeunes enfants ont ensuite pour principale cause les maladies de l'appareil respiratoire. Vers l'âge de cinq ou six ans, les affections cardiaques commencent à se montrer et se manifestent par les mêmes symptômes que chez l'adulte, mais il n'y a pas à insister sur ce point, car dès lors l'enfant se rapproche, au point de vue physiologique, presque absolument de l'adulte.

Il reste à examiner les conséquences de ces stases veineuses chez le jeune enfant. Nous les énumérerons rapidement. Dans l'athrepsie, une grande partie des phénomènes qui donnent à cette affection son caractère de gravité, tels que les lésions cutanées et viscérales peuvent être attribuées, pour la plus grande partie, à ce facteur.

Un point bien curieux de cette étude et sur lequel M. Hutinel insiste, est le suivant : quand chez un adulte il se produit des stases veineuses, on voit généralement se produire de l'œdème. Or, dans l'athrepsie où nous avons montré l'influence de la congestion veineuse, on ne rencontre jamais d'œdème.

Bien plus, si un nouveau-né œdémateux est pris de diarrhée, son œdème disparaît avec rapidité, sa peau se sèche et finit par s'indurer. C'est que le sang de l'athrepsique est pauvre en sérum et que la proportion des éléments solides y est considérable. C'est au contraire, le sang qui attire les liquides ambiants, et, en place de l'œdème c'est une sorte de dessication des tisssus qui se produit, malgré la stase sanguine.

Il n'en est plus de même à mesure que les enfants avancent en âge, à la suite de congestions repetées on peut observer de l'œdème.

La conséquence, la plus habituelle, des congestions veineuses, chez l'enfant, est l'extravasation sanguine, fréquente chez le nouveau-né, elle tend à devenir plus rare à mesure que l'enfant s'éloigne de cette première période de la vie. La gangrène s'observe rarement, même dans l'athrepsie.

La stéatose viscérale, étudiée par M. Parrot, donne naissance, dans l'encéphale, à un ramollissement à forme spéciale, le *ramollissement blanc*, qui s'observe dans les deux premiers mois de la naissance.

Thromboses. — Les coagulations dans le système veineux de l'enfant nouveau-né se rencontrent surtout dans les premiers mois de la naissance, avant 2 mois, et dans les veines viscérales. Les points les plus fréquemment atteints du système veineux sont :

1° les veines rénales ;

2° les sinus de la dure mère, et les veines de l'encéphale ;

3° l'artère pulmonaire.

Le siége de ces lésions en indique suffisamment l'importance puisqu'elles atteignent trois des principaux organes, indispensables à trois grandes fonctions ; l'encéphale, le rein et le poumon.

C'est dans la forme aiguë de l'athrepsie que s'observent les thromboses, leur genèse est liée à l'altération et au ralentissement du sang.

Au dessus d'un an, les maladies qui donnent lieu à ces coagulations sont : la rougeole, la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente, l'erysipèle, la diphthérie, la coqueluche.

On les rencontre encore dans la bronchio-pneumonie chronique. Le rachitisme, la syphilis en favorisent la production.

Les troubles de la circulation veineuse ont donc une importance capitale chez le nouveau-né. Leur gravité est grande, mais malheureusement, comme le dit M. Hutinel, (1) ces troubles ne nous indiquent, bien souvent, que le mécanisme de la mort.

(1). Hutinel. Contribution à l'étude des troubles de la circulation veineuse chez l'enfant, 1877. — Parrot. De l'athrepsie Paris, 1877.

En résumé, quand on se trouvera en présence d'une lésion qui peut se rapporter à un trouble circulatoire, c'est dans les veines qu'il faudra, chez le nouveau-né, en chercher la cause.

La gravité tient aux états morbides dans lesquels ils se rencontrent (surtout l'athrepsie), mais, par eux-mêmes, ils peuvent causer des désordres irrémédiables. Dr P...

II

DES TACHES VINEUSES ET DE LEUR TRAITEMENT.

La fréquence des *nœvi ou taches vineuses* de la face, qui constituent parfois des difformités très-désagréables, nous engage à rechercher les moyens chirurgicaux qui ont été essayés contre elles à différentes époques et les résultats que ces moyens ont donnés. Dans un travail récent, M. le docteur Ad. Colson (1), de Bar-le-Duc, ancien interne des hôpitaux de Paris, a fait connaître un nouveau traitement qui a été appliqué en France avec succès par M. Vidal, médecin de l'hôpital St-Louis. Mais avant d'entrer dans les développements que comporte la question du traitement, il ne sera pas inutile de rappeler les principales idées généralement adoptées sur la nature, les symptômes et la marche ordinaire des nœvi.

Les *nœvi vasculares* sont des taches ou tumeurs dans lesquelles on remarque une dilatation ou une augmentation du nombre des éléments vasculaires de la peau. Ces altérations sont le plus souvent congénitales ou tout au moins se montrent dans les premières semaines de la vie.

Virchow, le premier a établi une classification des *nœvi vasculares* en se basant sur les données de l'anatomie pathologique. Cornil et Ranvier n'ont fait qu'adopter la division de Virchow; ces auteurs distinguent deux espèces de *nœvi vasculares* ou angiômes :

1. Les *angiômes simples* dans lesquels les vaisseaux de nouvelle formation, qui constituent la tumeur, sont semblables aux vaisseaux normaux, aux artères, aux veines et aux capillaires. Ces vaisseaux sont généralement disposés en tire-bouchon et très-flexueux.

2. Les *angiômes caverneux* dans lesquels le sang circule dans un système lacunaire analogue au système caverneux des organes érectiles.

Cette séparation bien tranchée n'existe pas chez tous les sujets; il n'est pas très-rare, en effet, de trouver les deux variétés combinées entre elles sur le même individu.

Bien que le mode de traitement de l'angiôme simple convienne parfois à l'angiôme caverneux, nous aurons surtout en vue ici l'angiôme simple, les taches vineuses proprement dites.

(1) Ad. Colson. *Des taches vineuses et de leur traitement par les scarifications*. Paris 1878.

Le nom même de *taches vineuses* indique assez la coloration ordinaire des naevi materni. Cependant ces taches peuvent présenter une teinte variable, depuis le rose le plus pâle jusqu'au violet le plus foncé. D'après les recherches les plus récentes les vaisseaux paraissent être moins abondants et plus profondément situés dans les naevi roses, tandis que les naevi bleus contiennent une plus grande quantité de vaisseaux de nouvelle formation, surtout dans les couches les plus superficielles du derme (Colson).

Il est à remarquer que les nœvi plats d'une certaine étendue ne possèdent pas une teinte uniforme : souvent la tache, qui, au centre, a une couleur lie de vin, se dégrade insensiblement pour ne présenter sur ses bords qu'une coloration rosée. Enfin on voit aussi, parfois, des ilots de peau saine au milieu d'une nappe plus ou moins foncée.

Certaines taches ne forment pas de saillie bien appréciable sur la peau saine, d'autres sont légèrement surélevées, et la saillie est d'autant plus appréciable que le nœvus est plus congestionné.

Dans les cas les plus simples la surface du nœvus est lisse, non mamelonnée; dans les cas plus complexes, bien qu'il s'agisse d'angiômes simples, on aperçoit sur les taches de petites élevures dont la grosseur varie du volume d'une tête d'épingle à celui d'une lentille, et dont la couleur est plus sombre.

Jamais les taches vineuses ne sont animées de battements isochrones au pouls, comme cela peut se rencontrer sur les tumeurs érectiles décrites d'abord par Dupuytren dans ses *Leçons orales*. L'épithélium qui recouvre ces taches vineuses paraît normal; aussi, quand elles se développent sur des parties glabres, ces taches ne se couvrent pas de poils follets comme les nœvi pigmentaires.

La température locale des nœvi est toujours plus élevée que celle des parties environnantes; on peut facilement reconnaître à la palpation cette différence de température.

Enfin les taches vineuses, dont l'étendue est très variable, ne restent pas toujours confinées à la peau; souvent elles envahissent les muqueuses des lèvres, des joues, des gencives de la langue, de la voûte et du voile du palais. M. Colson a remarqué sur plusieurs malades qu'il y avait toujours continuité entre les taches de la peau et celles des muqueuses. Sur les muqueuses, ces taches produisent constamment un boursoufflement très-appréciable.

C'est à la face, et principalement autour des orifices naturels, tels que les lèvres, les ailes du nez, les paupières, les environs du pavillon de l'oreille qu'on a le plus fréquemment l'occasion d'observer les taches vineuses; viennent ensuite, par ordre de fréquence, le cou, les organes génitaux, les membres.

Y a-t-il une relation entre le siège des taches vineuses et la distribution des nerfs à la peau? D'après

quelques observations les nævi plats de la face sembleraient se développer de préférence le long des branches de terminaison du trijumeau, nerf qui a sous sa dépendance presque exclusive la sensibilité de la face.

Jamais les auteurs n'ont constaté de rapport intime entre le siége des nævi, et la distribution des nerfs de mouvement.

Les nævi en forme de taches peuvent persister toute la vie avec le volume et l'aspect qu'ils avaient au moment de la naissance. Dans d'autres cas ils augmentent de volume graduellement ou par poussées successives qui, chez les femmes, coïncident souvent avec les époques menstruelles. On doit noter que l'accroissement se fait non pas en profondeur, mais plutôt en largeur.

On a aussi observé la guérison spontanée des nævi congénitaux dans un grand nombre de cas. Ainsi, d'après M. le professeur Depaul, dont l'autorité est d'un si grand poids en pareille matière, trente enfants sur cent viennent au monde avec des nævi congénitaux, qui disparaissent, spontanément pour la plupart, dans les premiers mois de leur vie. On a vu encore des taches vineuses disparaître dans l'âge adulte; MM. Jules Cloquet et Monod, Vidal (de Cassis) citent des exemples authentiques de ce mode de terminaison. Un médecin anglais, Birkett (1) a rapporté un cas d'atrophie sans cicatrice d'un nævus maternus de l'épaule à la suite de deux maladies assez sérieuses, la coqueluche et la rougeole.

Lorsque la guérison spontanée s'effectue, l'injection vasculaire pâlit progressivement, puis disparaît au bout de plusieurs mois, quelquefois au bout de plusieurs années. Une autre cause de régression spontanée des taches vineuses consiste dans l'inflammation qui se développe à leur périphérie et qui donne lieu consécutivement à la formation de tissu conjonctif dans lequel le nævus se trouve pour ainsi dire englobé. Une ulcération qui apparaît au niveau d'une tache vineuse peut également provoquer un travail pathologique, amenant la formation d'un véritable tissu cicatriciel et entraînant peu à peu l'oblitération partielle ou complète des vaisseaux.

Toutefois, lorsque les nævi ont acquis une certaine étendue dans les premières années qui suivent la naissance, leur guérison spontanée doit être considérée comme rare. C'est alors que l'intervention de l'art peut devenir utile.

Le diagnostic des taches vineuses ne comporte d'ordinaire aucune difficulté sérieuse. Le caractère plat ou à peine proéminent de ces taches ne permet pas de les confondre avec les véritables tumeurs érectiles ; leur origine congénitale les distingue aussi de certaines affections acquises, telles que les ecchymoses et le purpura hémorrhagica.

Lorsqu'il a bien établi son diagnostic, le chirurgien, consulté par un malade qui tient à faire disparaître sa difformité, doit se demander s'il ne lui est pas possible, sans recourir à aucun moyen dangereux, de remplacer la tache existante par une cicatrice moins disgracieuse. Pour arriver à ce but, bien des moyens ont été proposés : on peut les rattacher à deux grandes méthodes, dont l'une constitue une sorte de traitement palliatif, tandis que l'autre a pour but de favoriser l'oblitération du réseau vasculaire ou de faire disparaître totalement le nævus.

La méthode palliative est due à un médecin allemand ; en 1835, Pauli (de Landau) eut l'idée de colorer en blanc, par le procédé habituel du tatouage, les nœvi superficiels de couleur lie de vin. Ses essais ne donnèrent pas de brillants résultats. Cordier qui, en 1848, renouvela en France les expériences de Pauli, réussit à modifier la coloration des taches pigmentaires, mais il échoua pour les taches vineuses. Le tatouage semble donc être un procédé infidèle; il est du reste tout à fait abandonné aujourd'hui.

Parmi les procédés capables de détruire, d'atrophier ou d'oblitérer le nœvus, il faut citer l'extirpation, la ligature, les cautérisations, la compression combinée avec le refroidissement ou avec l'emploi de solutions astringentes, les injections coagulantes ou irritantes, l'inoculation, etc.

L'extirpation et la ligature simple ou multiple sans les épingles, s'appliquent bien plutôt aux tumeurs érectiles proprement dites qu'aux taches vineuses.

La cautérisation a été vantée par Dupuytren, qui employait le cautère actuel. Mais la cicatrice ainsi obtenue est souvent plus difforme que la tache que l'on veut faire disparaître. Les cautérisations au nitrate d'argent, à l'acide nitrique fumant, à la pâte de Vienne sont également dangereuses, et le résultat final reste incertain.

Abernethy recommandait la compression simple ou combinée avec le refroidissement pour diminuer l'afflux du sang dans la tumeur, mais la compression doit être prolongée très-longtemps pour produire un effet appréciable; et souvent ce procédé est d'une application fort difficile, pour ne pas dire impossible.

La galvano-puncture et les injections coagulantes ont été quelquefois employées avec succès. Cependant ces procédés trouvent plutôt leurs indications dans le traitement des nœvi vasculaires saillants.

D'autres agents appliqués sur l'épiderme peuvent modifier la coloration des taches vineuses ; de ce nombre sont la teinture d'iode, les vésicatoires répétés, la pommade au tartre stibié, l'huile de croton tiglium. Le perchlorure de fer à 30° a donné de bons résultats à M. Vidal dans quelques cas.

Les médecins anglais Hogdson, Carle, Marshall, ont préconisé la vaccination au niveau même des

(1) Birkett. *Guy's Hospital Reports.* 1851. T, II. p. 281.

taches vineuses ; ce moyen employé depuis plus de 20 ans, a réussi entre les mains d'un grand nombre de chirurgiens. L'inoculation vaccinale se fait dans les règles ordinaires, soit avec une lancette, soit avec une aiguille. Malheureusement le procédé, excellent pour les nœvi peu étendus, n'est pas applicable aux larges taches sanguines.

M. le professeur Broca a recommandé pour les larges taches, sans saillie, les applications de perchlorure de fer par la méthode endermique ; on soulève l'épiderme avec une compresse imbibée d'ammoniaque liquide, puis on promène sur le derme dénudé un pinceau imbibé de perchlorure de fer à 20°.

Cette application est très douloureuse et nécessite l'emploi du chloroforme ; la douleur persiste au moins pendant trois heures. On ne fait aucun pansement, une croûte brunâtre que l'on prend volontiers pour une eschare, se forme rapidement et se détache au bout de cinq ou six jours sans suppuration. Lorsque l'opération à réussi, la peau présente une teinte brunâtre qui disparaît habituellement en quelques semaines, quelquefois persiste plus longtemps.

Mais tous ces procédés qui ont pour but de transformer le nœvus en un tissu de cicatrices n'atteignent pas toujours le but que l'opérateur se propose : on ne peut, en effet, fixer d'avance l'épaisseur de la cicatrice curative.

C'est pour obtenir des effets plus certains qu'un savant dermatologiste anglais, M. Balmanno-Squirre a proposé, dans ces dernières années, le traitement des nævi par les scarifications linéaires. A l'hôpital St-Louis, M. Vidal a expérimenté la nouvelle méthode, et les résultats qu'il a obtenus l'engagent à persévérer dans cette voie. La monographie de M. Colson contient cinq observations de nœvus bien guéri par les scarifications.

Il faut savoir cependant que le *traitement par les scarifications ne s'adresse qu'aux taches vineuses planes, non saillantes, non pulsatiles.* Avant de commencer les scarifications, M. Balmanno Squirre, anesthésie les parties malades avec des pulvérisations d'éther. M. Vidal ne suit cette pratique que pour les malades pusillanimes qui ne veulent pas sentir les piqûres. Pour faire les scarifications, on se sert d'un petit couteau qui rappelle assez bien une aiguille à cataracte ; après avoir tendu la peau, on trace sur la tache sanguine une série d'incisions droites, parallèles, à un millimètre environ de distance les unes des autres, et profondes de un millimètre à un millimètre et demi ; puis on fait, en s'entourant des mêmes précautions, une série de nouvelles incisions parallèles aux premières de manière à circonscrire un grand nombre de petits carrés de 1 millimètre de côté.

Quand le nœvus est peu étendu, on peut le sacrifier en entier en une seule séance ; s'il est trop vaste, on fait l'opération en plusieurs séances.

Du reste, pour que guérison s'en suive, il faut renouveler les scarifications un grand nombre de fois. On ne constate de changement notable dans l'état de la tache qu'au bout de six à huit séances.

D'après M. Colson, le traitement complet d'un nœvus rose exige au moins 15 à 20 opérations ; celui d'un nœvus violet 25 à 30.

L'hémorrhagie qui se produit au moment des scarifications est quelquefois assez abondante. On l'arrête généralement à l'aide d'une compression légère pendant quelques minutes.

Les scarifications agissent en provoquant l'oblitération des vaisseaux, et en favorisant la formation d'un autre tissu. Elles ne laissent jamais de cicatrice apparente à la vue, ni même au toucher. Lorsque la guérison est obtenue, la peau ne présente plus qu'une teinte un peu cuivrée facile à dissimuler avec une poudre de toilette quelconque.

Dr Z***

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 juillet.

LES ÉPIDÉMIES DE PESTE AU CAUCASE : M. Tholozan. — ANESTHÉSIE PAR LE PROTOXYDE D'AZOTE MÉLANGÉ D'OXYGÈNE ET EMPLOYÉ SOUS PRESSION : M. P. Bert. — ACTION PHYSIOLOGIQUE DU BROMHYDRATE DE CONINE : M. J. L. Prévost. — LA SÉCRÉTION BILIAIRE : M. P. Picard.

M. J.-D. *Tholozan* adresse un mémoire dans lequel il résume l'histoire des trois dernières épidémies de peste du Caucase, étudiées au point de vue de l'épidémiologie et de la prophylaxie. L'enquête purement scientifique et rétrospective à laquelle l'auteur s'est livré, en mettant en regard des faits épidémiques les moyens sanitaires dirigés contre eux, l'a amené à ce résultat, qui paraîtra peut-être paradoxal à quelques personnes, à savoir qu'il n'est pas démontré que les moyens employés avec la plus grande insistance dans le Caucase, de 1804 à 1818, de 1828 à 1030 et de 1840 à 1843, aient influencé d'une manière sensible la marche des épidémies de peste et leur développement.

— M. *P. Bert* rend compte à l'Académie des résultats que deux habiles praticiens, MM. les docteurs Labbé et Péan, ont obtenus en employant la méthode qu'il a proposée pour l'anesthésie au moyen du protoxyde d'azote mélangé d'oxygène et employé sous pression. Ces résultats sont tels qu'on peut regarder dès maintenant le protoxyde d'azote comme entré définitivement dans le domaine de la grande chirurgie. Ce gaz a montré, dit M. P. Bert, sa supériorité sur les chlorocarbures d'hydrogène ; 1. par l'absence

de cette période initiale souvent si pénible et parfois même dangereuse; 2. par la tranquillité qu'il donne au chirurgien, assuré que le dosage de l'agent anesthésique ne peut changer pendant l'opération et que, par suite, le malade n'a rien à craindre ; 3. par le retour quasi instantané, même après vingt-six minutes d'ancsthésie, à la sensibilité complète, si bien qu'on peut, si l'on veut, réveiller le malade à un temps quelconque de l'opération, pour le rendormir aussitôt ; 4. par l'absence générale des malaises, nausées, vomissements si fréquents, si fatigants et parfois si durables chez les malades soumis au chloroforme ou à l'éther ; 5. enfin, par son innocuité remarquable.

Voici le récit des opérations pratiquées par MM. Léon Labbé et Péan, M. Bert donne d'abord comme type l'observation de la première opération qui fut faite par M. Labbé :

Il s'agissait de l'extirpation d'un ongle incarné, avec ablation de la matrice de l'ongle. La malade était une jeune fille de 20 ans, fort timorée, très-nerveuse. Nous entrâmes dans la grande chambre de tôle de l'établissement du docteur Daupley, où la pression de l'air fut, en quelques minutes, augmentée, sous courant, de 0m,17 (pression totale, 0m,92). La malade s'étendit sur un matelas, et M. Préterre lui appliqua sur la bouche et le nez l'embouchure à soupapes qu'il a coutume d'employer pour l'inhalation du protoxyde d'azote pur ; ici, le sac avec lequel elle communiquait était rempli d'un mélange contenant 85 de protoxyde d'azote et 15 d'oxygène. Je tenais l'un des bras de la malade, dont le pouls était assez rapide, lorsque soudain, sans qu'aucun changement dans le pouls, dans la respiration, dans la couleur de la peau, dans l'aspect du visage nous eût avertis, sans qu'aucune raideur, aucune agitation, aucune excitation se fût produite, lorsque disje, dix à quinze secondes après la première inspiration du gaz anesthésique, je sentis le bras s'affaisser complétement. L'insensibilité et la résolution musculaire étaient obtenues; la cornée elle-même pouvait être impunément touchée. L'opération commença aussitôt et le pansement suivit, sans un seul mouvement de la patiente, qui dormait du plus calme sommeil ; le pouls était revenu à un chiffre normal. Au bout de quatre minutes, au moment où M. Labbé terminait le pansement, survinrent de légères contractures dans un bras, puis dans une jambe. Tout étant fini, on enleva l'embouchure et aussitôt la contracture cessa. Pendant trente secondes, l'enfant continua à dormir; puis quelqu'un lui ayant frappé sur l'épaule, elle s'éveilla, nous regarda d'un air étonné, se mit sur son séant et soudain s'écria que son pied lui faisait bien mal, assez mal pour qu'elle se prît à pleurer pendant quelques secondes. Interrogée, elle déclara se trouver fort bien, sans aucun malaise et fort désireuse de manger, car, dans sa terreur, elle n'avait ni déjeuné le matin ni dîné la veille. Elle déclara de plus n'avoir rien senti, rien rêvé, mais se rappeler qu'aux premières inhalations du gaz elle éprouva un grand bien-être, qu'il lui semblait monter au ciel et « qu'elle voyait bleu avec des étoiles ». Cela dit, elle se leva, s'en alla regagner à pied la voiture qui devait la ramener à l'hôpital, et se plaignit tellement de la faim en route, qu'il fallut s'arrêter pour la faire manger. Elle n'eut, du reste, aucun accident consécutif.

J'ai donné avec quelques détails l'histoire de cette première, parce qu'elle met bien nettement en évidence les grandes différences qui séparent l'action du protoxyde d'azote de celle de l'éther ou du chloroforme, surtout au point de vue de l'instantanéité du sommeil et du réveil. Mais les opérations de M. Péan, qui sont au nombre de seize jusqu'à ce jour, ont été bien plus importantes, et par suite plus concluantes. Elles comprennent trois ablations du sein, quatre opérations sur les os, six extirpations de tumeurs diverses, une résection du nerf sous-orbitaire et deux réductions de luxation de l'épaule datant de trois et quatre jours. La durée de l'anesthésie a varié de quatre à vingt-six minutes. L'insensibilité a été constatée au bout d'un temps qui oscillait entre quinze secondes et deux minutes. Le retour complet à la sensibilité avait lieu d'ordinaire après une minute ; parfois un certain degré d'analgésie persistait encore une ou deux minutes. Dans une des opérations, un petit accident ayant permis à la malade de respirer une fois de l'air extérieur, elle se mit à parler aussitôt, sans accuser aucune douleur ; la première inspiration nouvelle du mélange gazeux lui coupa net la parole, et, au réveil, elle ne se rappella rien.

Le pouls et la respiration s'accélèrent quelquefois au début de l'inhalation, sans qu'il soit encore possible de déterminer la part exacte qui revient dans ce phénomène à l'action du gaz lui-même. Aussitôt qu'arrive l'insensibilité, tout revient au chiffre normal. Dans la grande majorité des cas, les malades sortent de l'appareil sans se plaindre d'aucun malaise ; quand l'opération n'a pas été grave, ils s'en vont à pied et souvent demandent à manger. On a constaté trois fois des nausées consécutives ; mais, comme ces cas coïncident précisément avec l'emploi d'embouchures de caoutchouc ou de sacs de caoutchouc neufs, il est impossible de savoir s'il faut mettre ces légers accidents au compte du protoxyde d'azote : je ne le crois pas, quant à moi.

Un accident plus fréquent, et qui pourrait sembler assez grave, est l'apparition de contractures dans les membres. Je me suis assuré qu'elles tiennent à ce que le protoxyde n'est pas sous une tension suffisante. Il suffit, pour les calmer, de faire monter la pression dans la chambre de 0m,02 ou 0m,03 de plus, ce qui s'obtient instantanément.

La surpression employée a oscillé entre 0m,15 et 0m,22. Dans un cas où il s'agissait de réduire une luxation de trois jours, chez un alcoolique de pro-

fession, il a fallu aller à 0m,26 pour obtenir l'insensibilité et la résolution ; encore le malade a-t-il parlé pendant toute l'opération. Ainsi, l'emploi de l'air comprimé permet, avec la plus grande facilité, la modification des dosages dans la thérapeuthique. Rien ne serait plus difficile que de changer les proportions d'un mélange gazeux, rien n'est plus simple que d'en faire varier la tension, et par suite la dose physiologique.

— M. *J.-L. Prévost* (de Genève), adresse une note relative à l'action physiologique du bromhydrate de conine. Voici quelques-unes des conclusions qu'il a cru pouvoir tirer de ses expériences. La paralysie produite par le bromhydrate de conine est le résultat de la paralysie des nerfs moteurs, qui perdent aussi leur excitabilité. Le nerf pneumogastrique est paralysé avant les autres nerfs, et son excitabilité réapparait plus promptement que celle des autres nerfs dans la période d'élimination du poison. Les sécrétions urinaire, salivaire, lacrymale sont excitées par le bromhydrate de conine.

— M. *P. Picard* fait une communication sur la sécrétion biliaire. Selon lui, la sécrétion biliaire se rapproche de la sécrétion rénale quant aux conditions physiologiques qui la déterminent. Les différences qui séparent ces deux fonctions peuvent se déduire des deux points suivants : 1. c'est un système veineux qui donne la bile ; 2. dans la sécrétion biliaire, certaines substances formées dans le foie sont entraînées par le mouvement de sortie du liquide.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant, pour la section de médecine et chirurgie, en remplacement de M. Rokitansky. Au premier scrutin, les votants étant au nombre de 39, M. Schwann obtient 35 suffrages, M. Hannover 1; M. Ludwig 1, M. Palasciano 1. Il y a un bulletin blanc. M. Schwann, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 août 1879.

— M. le docteur Emile Vidal, médecin en chef de l'hôpital d'Hyères (Var), lit un mémoire intitulé : *De la transmission des bruits thoraciques, jusque dans la partie inférieure de l'abdomen, chez les malades atteints d'ascite.* Voici les conclusions de ce travail :

1. La transmission dans l'abdomen des bruits nés dans les organes thoraciques pourra servir au diagnostic quelquefois si difficile de l'ascite à son début.

2. La diminution dans l'intensité de la transmission des bruits du cœur, alors que le murmure respiratoire continue à être nettement entendu dans l'abdomen, pourra faire soupçonner le commencement d'un hydropéricarde.

3. La continuation de la transmission des bruits du cœur, avec diminution ou absence de transmission du murmure respiratoire, pourra indiquer la présence de certains épanchements pleurétiques.

De tout ce qui précède, il résulte que la transmission s'effectue probablement par l'action simultanée de l'intestin et du liquide dans des conditions qu'il ne nous a pas été possible de déterminer d'une manière certaine et qui doivent se rattacher à l'ordre des faits signalés par MM. Noël Gueneau d Mussy, Raynaud et Baccelli, dans leurs travaux sur la transmission des sons dans l'égophonie et dans certaines forme de pleurésie.

Si, au-dessus d'une anse intestinale de 30 à 40 centimètres de long préalablement remplie d'air, on place transversalement une anse intestinale remplie d'eau, on entend très-distinctement les moindres frottements effectués sur l'extrémité de la portion pleine d'air.

Les vibrations sont donc transmises à des distances relativement considérables par les gaz de la première partie au liquide de la deuxième partie, et par ce dernier à l'oreille de l'observateur.

(Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Noël Gueneau de Mussy et Woillez).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

NOTICE SUR L'EXERCICE DE LA PHARMACIE PAR LES MÉDECINS

Par M. CHAUDÉ. C, avocat à la Cour d'appel.

Aux pharmaciens seuls appartient le droit de vendre des médicaments. Cependant, l'article 27 de la loi de germinal permet aux médecins établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmacie ouverte de fournir des médicaments aux personnes près desquelles ils sont appelés, mais sans avoir le droit d'ouvrir une officine. Cette exception à la loi a été introduite, non en faveur des médecins, mais en faveur des malades, afin de permettre de leur fournir, sans perte de temps, les médicaments dont ils ont besoin. Aussi deux conditions sont-elles imposées au médecin : il faut qu'il n'y ait pas de pharmacie ouverte, et, même dans ce cas, il ne peut fournir de médicaments qu'aux personnes auxquelles il donne des soins.

Evidemment, le médecin établi dans une commune où il n'y a pas de pharmacie ne peut fournir de médicaments aux malades qu'il va visiter dans une commune pourvue de pharmacien. Un médecin établi dans une commune où se trouve une pharmacie ne pourrait non plus fournir des médicaments aux malades qu'il va visiter dans une autre commune dépourvue d'une officine, attendu que le médecin a,

dans le milieu de sa résidence, une officine ouverte, où il peut puiser les remèdes nécessaires au traitement de ses malades; il lui est strictement défendu de puiser ou de vendre pour son compte des médicaments, soit dans le lieu de son domicile, soit dans les communes voisines. C'est là ce qui a été jugé par la Cour d'Orléans, le 27 février 1840, et c'est cette doctrine qu'a adopté la Cour de Cassation, le 16 octobre 1844, en cassant un jugement du Tribunal de Nevers, qui avait acquitté un officier de santé habitant la commune où existait une officine, sous le prétexte qu'il ne distribuait de médicaments qu'à ceux de ses malades habitant des communes où ne se trouvaient pas de pharmaciens.

Le médecin, même lorsqu'il habite une commune où il n'y a pas de pharmacien, ne peut tenir d'officine ouverte; il ne peut donc pas vendre de médicaments à tous ceux qui viendraient lui en demander, mais seulement aux malades auprès desquels il est appelé (Aix, 22 juin 1867) et aussi aux malades qui viennent le consulter chez lui, mais à la condition qu'il n'existe pas non plus de pharmacie dans la commune habitée par le malade qu'il va visiter ou par le malade qui vient chez lui en consultation.

Mais le médecin établi dans une commune où il n'y a pas de pharmacien a-t-il le droit de vendre des médicaments aux malades qu'il va voir dans d'autres communes également dépourvues de pharmacie? L'affirmative ne nous paraît pas douteuse. La raison qui a fait admettre l'exception prévue par l'article 27 subsiste dans toute sa force, et cet article ne distingue pas, il ne dit pas que le médecin habitant une commune privée de pharmacien ne pourra vendre qu'aux habitants de sa commune. Dès l'instant que le médecin et le malade habitent, l'un et l'autre, une commune privée de pharmacien, le médecin a le droit de lui fournir les médicaments, et le malade ne peut être réduit à aller les chercher dans une autre commune. Les termes de l'article 27 sont applicables, sans rechercher si la commune voisine pourvue d'un pharmacien est ou non éloignée.

Cette solution n'a jamais été contestée en théorie, et la question n'a été soumise qu'une fois, que nous sachions, aux tribunaux par un pharmacien de Maisons-Laffite. Mais le Tribunal de Versailles, le 14 juillet 1868, et la Cour de Paris, le 27 août suivant, ont décidé que le médecin pouvait, en ces circonstances, délivrer des médicaments. (Voir la *Gazette des Tribunaux* du 28 avril 1868. — Voir aussi le *Manuel de médecine légale*, de Briand et Chaudé, 9e édit., p. 979.)

—

CONGRÈS DE MONTPELLIER.

Association française pour l'avancement des sciences. — L'Association française vient de décider, d'accord avec le comité local de Montpellier, le programme de la session qu'elle tiendra dans cette ville du 28 août au 4 septembre sous la présidence de M. Bardoux, député du Puy-de-Dôme. Ce programme comprend comme les années précédentes des séances de sections et des séances générales; — deux conférences : l'une sur le canal d'irrigation dérivé du Rhône, l'autre sur la lumière électrique; — des visites industrielles et scientifiques et particulièrement une visite à l'école d'agriculture où une réception brillante sera organisée; — des excursions générales à Nîmes et Aigues-Mortes d'une part, à Cette et sur l'étang de Thau d'autre part; de plus des excursions finales dont l'étude est presque terminée conduiront les membres du congrès à Narbonne, Carcassonne, le Vigan, Lodève, Alais et le bassin houillier, Salindres, etc. Le comité local prépare également une série d'expositions spéciales.

—

STATISTIQUE COMPARÉE DES PROFESSIONS MÉDICALES EN FRANCE.

Le *journal de la Société de statistique* donne les résultats du recensement officiel opéré en 1876 et les compare à ceux de 1866. Il en résulte une très réelle diminution dans le nombre des médecins et officiers de santé.

	1866.	1876.
	—	—
Population......	36.469.866	36.905.788
Docteurs en médecine	11.457	10 743
Officiers de santé...	5.582	3.633
Pharmaciens........	5.726	6.232
Sages femmes.......	12.314	12.847
Herboristes.........	950	983

En 1847, le nombre total des médecins et officiers de santé était de 18.052; en 1853, de 18.052.

—

Nous nous faisons un véritable plaisir de reproduire avec l'autorisation de son auteur une des nombreuses lettres qui nous sont adressées chaque jour :

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai lu avec empressement le premier numéro du *Concours médical* et j'ai vu avec plaisir que le nombre des adhérents est plus grand que je ne l'avais espéré tout d'abord. Je suis convaincu que ce nombre atteindra bientôt un chiffre plus élevé, car le corps médical tout entier doit s'intéresser vivement à ce projet qui n'a qu'un but éminemment louable, celui de mettre en commun nos intérêts scientifiques et professionnels.

Réunir en un faisceau compacte la grande et noble famille médicale dont les membres restent souvent dans un isolement complet; se communiquer ses pensées; travailler en commun afin d'être toujours au niveau de la science, qui chaque jour fait des progrès, tel est encore le but que se proposent ceux qui ont eu l'excellente idée de fonder « le *Concours médical* » qui sera notre objectif commun :

Plus tard nous pourrons nous réunir en congrès, une fois par an, afin de cimenter plus

étroitement notre union, et discuter alors en commun nos intérêts professionnels. Le *Concours médical* consignera dans ses colonnes le résultat de nos travaux et sera conservé avec soin dans notre bibliothèque.

A côté de la question scientifique qui doit nous guider d'abord en donnant notre adhésion du *Concours médical*, se place une autre question d'un ordre moins élevé peut-être, mais que nous devons faire marcher de pair avec la première, c'est celle qui s'occupe de nos intérêts pécuniaires. Nous voulons bien travailler avec ardeur ; nous voulons bien assister nos semblables à toute réquisition et à toute heure du jour et de la nuit ; mais il est bien juste que nous désirions que ce labeur ne soit pas stérile ; or la profession médicale n'est pas celle qui soit le plus rémunérée, nous le savons tous par expérience, et souvent même l'ingratitude est la seule récompense de notre zèle et la seule monnaie que nous recevions pour nos services.

J'ai déjà publié dans le *Courrier médical* quelques articles sur cette question ; il y a encore beaucoup à faire pour détruire ce parasitisme médical. Mais aujourd'hui l'empirisme ne devrait plus exister ; tout au moins son action devrait être singulièrement paralysée par le progrès de la science qui est mise maintenant à la portée de tous. Quoiqu'il en soit, il existe encore, et il est encore entremêlé çà et là de pratiques superstitieuses les plus grossières qu'il est de notre devoir de chercher à détruire. Et nous trouvons précisément dans le *Concours médical* le moyen de sauvegarder nos intérêts et de réprimer ces abus.

» Il faut donc nous réunir en grand nombre ; nous tendre à travers l'espace une main amie. Nous sommes tous frères par la science qui nous a nourri en commun, et notre dispersion ne peut nous faire oublier l'époque ou nous travaillions ensemble les éléments de la médecine, elle ne peut non plus faire oublier à nos aînés ni à ceux qui nous ont suivi dans la carrière, que tous indistinctement nous avons bu à la même source. Aussi quand j'ai eu connaissance du programme du *Concours médical*, me suis je empressé de m'y rallier et m'engage à seconder ses vues de tout mon pouvoir.

» Il me reste maintenant à souhaiter que nombre de médecins de France viennent se joindre à nous, et qu'il soit possible de constituer très prochainement la Société de Concours médical qui est appelée à une grande prospérité, parce que son but est juste et d'une utilité incontestable.

» Veuillez agréer, Monsieur et très-honoré confrère, l'assurance de tout mon dévouement et de mes meilleurs sentiments confraternels.

» Dr Mora ».

Brunehamel (Aisne).

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE L'HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE.

Le traitement de l'hémorrhagie cérébrale comprend : 1. les moyens à opposer aux phénoménes prodromiques ; 2. ceux qu'il faut mettre en usage au moment de l'attaque ; 3. ceux qu'il faut diriger contre les conséquences d'une attaque.

1. *Moyens à opposer aux phénomènes prodromiques.* Il y a des symptômes précurseurs qui peuvent faire craindre une hémorrhagie cérébrale, excepté dans la forme apoplectique où l'attaque survient subitement sans que rien l'ait pu faire prévoir.

Ces symptômes sont les conséquences des conditions où se trouve la circulation cérébrale. L'indication est donc de modérer la tension vasculaire.

Les Bromures de Potassium ou de sodium et surtout le premier sont indiqués dans ce cas.

Selon Hammond le bromure de lithium donne de bons résultats. Ce sel contient une plus grande porportion de brome que les bromures de potassium ou de sodium, il est très-soluble dans l'eau et enfin son action est bien plus rapide. Le même auteur, dit avoir administré l'oxyde de zinc avec avantage.

On devra combattre la constipation par des purgatifs énergiques. S'il y de l'embarras gastrique on donnera un émétique Mais il faudra administrer une grande quantité d'eau chaude afin d'éviter, autant que possible, les efforts du vomissement.

2. *Pendant l'attaque.* C'est là surtout que doit être posée la question de l'opportunité de la saignée. La saignée pourrait être conseillée dans un seul cas, selon Hammond, c'est quand, chez une personne forte, pléthorique, avec un pouls bondissant et plein, l'invasion des symptômes fait soupçonner avec raison l'imminence de l'hémorrhagie cérébrale. Alors dans ce cas, 180 à 200 grammes de sang peuvent être tirés de la veine du bras. Dans tous les autres cas, *la saignée est inutile ou nuisible.*

« Un foyer dans le cerveau est, quant a son effet et à ses conséquences, un corps étra ger ; lui et ses parois peuvent subir certaines modifications. Or, pour que ces changements aient lieu avec la plus grande régularité et la plus grande certitude possibles, il est nécessaire que l'organisme fasse appel à toutes ses forces. Le processus n'est pas pathologique ; au contraire, il est à un haut degré réparateur. Prendre du sang à un corps qui lutte de toutes ses forces contre la lésion, c'est le priver d'une partie de ses ressources sans modifier en aucune façon la nature du mal (Hammond). »

Trousseau disait déjà : Il est permis de douter que dans les épanchements de sang dans le cerveau, les choses se passent autrement que dans les épanchements de sang sous la peau. Or, dans ces derniers cas, a-t-on jamais vu les saignées générales ou locales faciliter cette résorption du liquide extravasé ?

Trousseau n'employait pas non plus les révulsifs et les purgatifs. Nammond ne donne un purgatif que dans le cas où la constipation est opiniâtre, et quant après trois ou quatre jours, il n'y a pas eu d'évacuations alvines.

Un moyen singulier a été proposé par un médcin américain, J. Hughlings Jackson. Ce praticien conseille de verser sur la langue du patient deux gouttes d'huile de Croton.

Il y a donc à retenir ceci : pendant l'attaque comme avant et après, il faut s'abstenir des émissions sanguines, des révulsifs et manier les purgatifs avec réserve.

L'indication capitale du traitement de l'hémorrhagie cérébrale consiste à laisser *le malade tranquille,* la tête élevée, au milieu d'une atmosphère fraîche. On se bornera à remplir les indications

aussitôt qu'elles se présenteront. S'il n'y a pas de garde-robes, on emploiera les lavements d'eau tiède ; s'il y a rétention d'urine on évacuera la vessie le cathétérisme, s'il y a de la prostration des forces, ce qui est indiqué par le pouls, il faudra faire usage, *avec précaution*, de stimulants diffusibles ; enfin, si le malade est agité, sans sommeil, on lui administrera un des trois bromures.

L'alimentation devra être modérée, elle devra être prises en petites quantités de jour et de nuit.

Si des symptômes d'inflammations surviennent on aura recours aussitôt aux applications froides sur la tête, ou bien au vésicatoire à la nuque.

Voici comment Trousseau résumait sa manière d'agir dans les cas d'hémorrhagie. Au lieu de saigner les sujets, de les mettre à la diète, de les tenir au lit, je m'abstiens de leur tirer du sang, je recommande de les faire lever quand la chose est possible, ou tout au moins de les faire rester assis ; je les alimente. J'ai la conviction, ajoutait, ce maître éminent, que depuis que j'ai adopté cette thérapeutique expectante, mes malades s'en sont trouvés mieux que ceux qu'auparavant je saignais, mettais à la diète et que je tenais au lit.

On ne peut conseiller la pratique de quelques médecins qui ont conseillé l'iodure de potassium à la dose de 25 centigrammes par heure afin de faire resorber l'épanchement.

3o. *Après l'attaque.* — Il reste maintenant à traiter les conséquences de l'attaque, la paralysie, il faudra pour cela attendre que tous les signes d'irritation spinale aient disparu et que le malade souffrant de son inaction, cherche à mouvoir ses membres paralysés. Les agents à employer sont le *massage*, l'*électricité*, la *strychnine* et le *phosphore*.

On imprimera des mouvements de flexion, et d'extension aux articulations des membres atteints, en ayant soin de stimuler les muscles par les frictions et par le massage. Ces mouvements seront imprimés chaque jour, pendant cinq à dix minutes. On engagera le malade à faire ses efforts pour mouvoir lui-même ses membres par l'usage de sa volonté, mais peu de temps afin d'éviter la fatigue.

La *strychnine*, doit être administrée à la dose d'un milligramme trois fois par jour. Dans le cas d'hémiplégie ancienne, les injections hypodermiques ont des effets plus marqués. La dose des injections doit être plus faible (1 milligramme). Hammond, Charles Hunter, ont obtenu de bons résultats de ce traitement.

On peut administrer le phosphore ou le phosphure de zinc soit seul, soit combiné avec la strychnine, selon la formule que nous avons déjà donnée. (*Conc. méd.*, n° 1.)

Mais le traitement le plus avantageux de l'hémiplégie est l'*électricité*, soit sous forme de courants induits, soit sous forme de courants continus. On doit avoir soin de ne pas fatiguer le malade, ou de ne pas déterminer de trop vives douleurs par l'emploi de courants d'une trop grande intensité.

—

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE.

Le Dr Rosenthal rapporte les résultats du traitement de vomissements de la grossesse par la méthode de Copeman, qui consiste dans la dilatation du col utérin.

M. Rosenthal distingue trois formes de vomissements :

1o Ceux qui surviennent le matin à jeun ; ils se montrent à une période peu avancée de la grossesse et peuvent cesser quand les mouvements du fœtus sont perçus pour la première fois ;

2o Ceux qui surviennent à diverses périodes de la grossesse, spécialement après le repas ;

3o Enfin les vomissements incoercibles, résistant à tout traitement médical et à tout régime.

C'est dans ces derniers cas que le Dr Rosenthal a mis en pratique la méthode du Dr Copeman. La première fois il s'agissait d'une femme de 24 ans qui avait beaucoup souffert de vomissements dans une première grossesse. Dans la seconde qui survint quelques mois après la première elle fut prise de vomissements après chaque repas.

Elle vint réclamer l'aide du Dr Rosenthal, celui-ci trouva que le col de l'utérus pouvait admettre l'extrémité du doigt. — Au moyen de mouvements de rotation, il réussit à l'introduire jusqu'à la moitié de la dernière phalange dans le canal utérin. — Après cette manœuvre, il n'y eut plus de vomissements. La seconde malade était une primipare âgée de 30 ans, souffrant de vomissements opiniâtres, elle était au deuxième mois de sa grossesse. Dans ce cas, une seconde introduction du doigt dans le canal cervical fut nécessaire, elle arrêta les vomissements qui ne reparurent plus.

Le Dr Rosenthal dit que, dans notre ignorance de causes des vomissements incoercibles de la grossesse, il ne peut expliquer la façon dont agit le procédé du Dr Copeman, mais il pense qu'il y a avantage à en faire connaître les résultats (*Berliner Klinische Wochensch*, et *British méd. journal*. Août).

VARIÉTÉS

—

LA FIÈVRE JAUNE AUX ÉTATS-UNIS.

La fièvre jaune, la terrible épidémie qui a fait l'an dernier, quelque vingt mille victimes dans la vallée du Mississipi, vient de reparaître — un mois plus tôt qu'en 1878 — à Memphis, la principale ville commerciale du Tennessée. La fièvre a pris presque immédiatement un caractère épidémique, et l'on a vu se reproduire la panique de l'été dernier.

Tous les habitants de Memphis qui disposent de quelques ressources ont pris la fuite vers des localités plus salubres. On estime, dès-aujourd'hui, à dix mille le nombre des fugitifs, et cet exode tend à se systématiser. Les autorités de Memphis recommandent aux habitants de quitter la ville, de la dépeupler entièrement, si c'est possible. Un certain nombre de négociants et d'industriels ont payé le passage de tous leurs ouvriers et employés vers d'autres localités. On cite aussi la Hebrew Hospital Association, qui a assumé les frais de voyage vers le Nord de cent familles israélites.

Un télégramme de New-York décrit ainsi cette émigration d'une ville entière :

« Non seulement les trains de chemins de fer et les bateaux à vapeur sont mis en réquisition, mais des véhicules de toute forme et de tout âge ser-

vent à emporter les fuyards et leurs bagages hors des atteintes de la fièvre jaune. Tous les grands magasins sont fermés ; les négociants évacuent leurs marchandises vers Saint-Louis, Louisville ou Cincinnati. Certains quartiers sont presque entièrement abandonnés ; on ne rencontre dans les rues que quelques chiens errants. Avant quarante-huit heures il n'y aura plus dans Memphis, que les nègres et les blancs pauvres. Car le temps presse ; ceux qui tardent sont frappés par la fièvre. On cite un négociant qui était allé retenir son passage pour le nord ; en rentrant chez lui, il trouve sa femme malade de la fièvre jaune, et, dix minutes plus tard, il en est atteint lui-même. Les deux journaux quotidiens de Memphis, l'*Appeal* et l'*Avalanche*, ne publient que des demi-feuilles. Leurs rédacteurs et leurs imprimeurs ont payé, l'année dernière, un large tribut au fléau ; ils espèrent échapper cette année, et restent courageusement à leur poste. »

L'année dernière, trente mille personnes ont ainsi quitté la ville, les unes pour aller mourir dans des localités voisines où l'épidémie les avaient suivies ; les autres pour être nourries par le gouvernement ou par la charité publique dans quelques villes plus fortunées que Memphis. Sur 19,600 personnes qui ne quittèrent pas la cité si cruellement frappée, il y eut 17,590 malades et 6,000 décès. Les secours en vivres et en argent, envoyés par les populations du Nord s'élevèrent à plus de 3 millions de francs. Allons-nous voir ce triste drame se reproduire ?

Dans l'enquête qui eut lieu à cette époque, on constata que la ville était dans un état de malpropreté analogue à ce qui se voit dans les villes d'Orient. Le drainage n'existe que de nom. Le sol des rues, pavées de blocs de bois pourris, était saturé d'immondices, de détritus de toute espèce Le bayon Gayoso, qui reçoit les eaux des égoûts pour les porter au Mississipi, était, faute d'écoulement, une mare d'eau corrompue, véritable foyer d'infection. Cet état de choses s'est-il modifié depuis lors ? On affirme que non. La même négligence qui avait attiré la fièvre jaune en 1878 l'a ramenée cette année.

Il est malheureusement propable que, malgré les quarantaines déjà établies de tous côtés pour isoler Memphis, l'épidémie visitera de nouveau les autres villes de la vallée du Mississipi ; la Nouvelle-Orléans, par exemple, échappera difficilement à la contagion. On craint même, comme la saison est encore fort peu avancée, que la fièvre jaune ne s'étende cette fois vers le Nord avant que les gelées de novembre soient venues tuer ses germes. Le conseil national de santé, institué l'hiver dernier par le Congrès, croit qu'il pourrait devenir nécessaire d'établir une quarantaine rigoureuse, renforcée au besoin par un cordon militaire, à l'égard de tout le Sud. Cette mesure équivaudrait à la suppression presque complète du commerce entre les deux parties du pays pendant trois ou quatre mois ; son application rencontrerait, je n'en doute pas, de très-vives résistance.

« Memphis est-il une exception, demande la *Tribune*. Non, les rues de New-York sont cette année, comme les années précédentes, dans leur état de malpropreté traditionnel. Philadelphie n'a rien à nous reprocher à cet égard ; et, en outre, cette ville possède un système d'égouts que le conseil sanitaire a déclaré être, à plusieurs reprises, un danger pour la santé publique. Nous pourrions citer à la suite Baltimore, Pittsburg, toutes les grandes villes de l'Ouest ; aucune n'est mieux partagée sous le rapport de l'édilité. On doit attribuer la meilleure part de cette négligence criminelle au fait que les classes laborieuses de nos villes regardent toutes les mesures sanitaires comme inutiles et extravagantes, tandis que les classes riches restent indifférentes, parce qu'elles comptent bien en général ne pas habiter les villes durant les mois insalubres. Entre l'ignorance des uns et l'indifférence des autres, les édiles et les entrepreneurs s'entendent pour distraire les fonds publics de leur emploi, et c'est ainsi que nos grands centres tournent perpétuellement dans un cercle vicieux. » (*La France.*)

ERRATUM

Dans le dernier article sur la médication salicylique une observation de chorée rhumatismale, traitée et guérie par le salicylate de soude, a été attribuée par nous au Dr Ortille, tandis qu'elle est due au Dr Dresch (de Cannes). Nous réparons cette erreur en adressant nos remerciements au Dr Ortille qui a bien voulu nous faire remarquer notre erreur et nos excuses au Dr Dresch. — Dr P.

CHRONIQUE

Hôpitaux de Paris. — A la suite d'un très-brillant concours ont été nommés médecins des hôpitaux : MM. les docteurs Troisier, Joffroy et Labadie-Lagrave.

* * *

L'allaitement artificiel à l'hospice des enfants assistés. — Une expérience très-intéressante va être faite àl'hospice des Enfants assistés, rue Denfert-Rochereau. Il s'agit d'installer une nourricerie modèle, au moyen de chèvres, pour les nombreux enfants que l'Assistance publique recueille et qu'elle doit faire allaiter au biberon, faute d'un nombre suffisant de nourrices. Il avait d'abord été question d'affecter exclusivement ces chèvres à l'allaitement des enfants atteints de maladies contagieuses ; on sait que ces malheureux petits êtres, punis, en venant au monde, de l'inconduite de leurs parents, ont plus particulièrement besoin de lait vivant, mais que, d'autre part, ils ne tardent pas à transmettre leur affreuse maladie aux nourrices qu'on leur donne.

Les chèvres devaient donc très utilement suppléer les femmes pour ce service ; mais le projet a été agrandi sur la demande de plusieurs médecins qui s'efforcent de faire disparaître complètement le biberon.

L'Assistance publique devra cependant recourir encore longtemps a cet instrument, malgré ses dangers, il lui faudrait plus d'un million de litres de lait par jour, et c'est à peine si la vacherie de Bicêtre et celle du Jardin d'Acclimation lui en fournissent 70,000.

Une commission spéciale a préparé les bases de la nouvelle expérimentation. Un bâtiment contenant vingt berceaux et auquel sera annexée une petite écurie pouvant recevoir une trentaine de chèvres, sera construit prochainement dans les jardins de l'hospice des Enfants-Assistés. Si cet essai réussit, il sera géné- ralisé afin de donner satisfaction à un vœu émis au conseil municipa.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 7 16 août 1879.

BULLETIN DE LA SEMAINE.

—

A l'*Académie de médecine*, nous avons surtout à signaler une communication de M le professeur Vulpian, sur les ferments digestifs, pepsine, pancréatine, diastase. Nous reviendrons sur cette communication remarquable, qui a donné lieu, de la part d'un certain nombre d'Académiciens, surtout de MM. Chatin, Peter, Barthez, à de véhémentes protestations contre l'envahissement des *spécialités*.

Nous avons dit assez clairement notre opinion sur cette question, dès le premier numéro de ce journal, pour n'avoir pas besoin d'y revenir aujourd'hui. Cependant la communication de M. Vulpian soulève des questions de pratique médicale que nous étudierons quand nous aurons sa communication complète, par le *Bulletin*.

Les bancs de l'Académie sont presque déserts. Aussi les discussions sur les virus menacent-elles de devenir la seule ressource (et quelle ressource !) du malheureux chroniqueur. Aujourd'hui, M. Toussaint (de Toulouse) s'attache à répondre au mémoire de M. Collin, lu dans la séance du 29 juillet, mémoire qui lui a paru dirigé spécialement contre lui.

M. Collin répondra dans la prochaine séance, soyez-en convaincus. La question n'en sera, d'ailleurs, pas plus avancée, mais les séances n'auront pas été inoccupées.

— Nous signalons à la *Société de Biologie* une très intéressante communication de M. le Dr Budin. Ce jeune et savant gynécologiste a étudié la membrane *hymen* qui, jusqu'ici, était considérée comme une membrane formée par un replis des muqueuses vaginale et vulvaire. Or, d'après M. Budin, l'hymen n'a pas d'existence réelle. Ce n'est que l'extrémité antérieure du vagin, formant une saillie cupuliforme entre entre les grandes et les petites lèvres.

M. Budin a tiré de son travail des conclusions importantes au point de vue de la médecine légale.

— Dans cette même séance, M. Paul Bert a présenté un microphone, construit par M. D'Arsonval, qui permet à un sourd d'entendre un orateur à une certaine distance, l'appareil récepteur du son étant placé à 1m,50 de l'orateur et l'auditeur pouvant être à une distance indéterminée. Et les sourds entendront !

CLINIQUE CHIRURGICALE

DU DOCTEUR PÉAN.

—

Hôpital St-Louis, clinique du 19 juillet 1879.

1° *Tumeurs érectiles congénitales, traitées par les scarifications, avec badigeonnage de perchlorure de fer.* — Il s'agit d'une petite fille de deux mois, qui porte des taches angiomateuses congénitales sur différents points du tégument externe : face latérale droite du nez ; paroi thoracique, à la base de l'appendice xiphoïde et à gauche de la ligne médiane ; paroi abdominale, sur le trajet prolongé de la ligne mamelonnaire droite; face dorsale de la région métatarso-phalangienne du même côté. Les premières ne dépassent pas les dimensions d'une lentille ou d'une pièce de 20 francs, sont aplaties, sans saillie appréciable, assez régulièrement arrondies, bien circonscrites, de coloration rose-groseille, à surface finement granuleuse et comme framboisée. La peau qui les entoure est normale. Ces *nœvi materni* sont restés stationnaires. Il n'en est pas de même de la tache métatarso-phalangienne. Celle-ci avait, dès la naissance, les dimensions d'une pièce de 5 francs en argent, elle s'est étendue en surface et en hauteur et fait des progrès quotidiens qui effrayent les parents. — Actuellement, elle occupe, en largeur, l'espace qui répond aux trois premiers métatarsiens et s'étend en arrière au-delà de la partie moyenne de ces os ; en avant, elle s'arrête à la racine des orteils mais envoie deux prolongements.— L'un recouvre la face dorsale du gros orteil, jusqu'au voisinage de la matrice unguéale, l'autre descend dans le premier espace interdigital, jusqu'à la face plantaire du pied, où il forme une tache de 1 centimètre de diamètre, à la racine des deux premiers orteils. — Les contours de la tumeur sont irréguliers ; sa surface est saillante de un demi-centimètre au côté interne ; elle est bosselée par place, granuleuse en d'autres points. Sa coloration est vineuse; sa consistance mollasse, pâteuse. Au niveau des mamelons les plus saillants, la tumeur est partiellement réductible et se décolore par une pression prolongée.

Il n'existe pas de battements isochrones à ceux du pouls, pas de mouvements d'expansion et d'affaissement. Les téguments voisins ont leur aspect normal et ne présentent ni veines dilatées, ni artères sinueuses.

Telle est l'histoire de la malade.

M. Péan rappelle l'extrême fréquence des taches angiomateuse chez les enfants.

Les *angiômes simples*, de structure capillaire, sont ordinairement superficiels et peu étendus. Les uns guérissent spontanément et rapidement; d'autres persistent à l'état stationnaire et ne sauraient entraîner de désagrément qu'une difformité choquante, lorsqu'ils siégent dans une région apparente, la face par exemple. D'autres enfin tendent à s'accroître et peuvent devenir le point de départ d'une véritable tumeur.

A côté des angiômes capillaires, on observe des *angiômes artériels, veineux* et *mixtes*. La tumeur peut encore intéresser la peau, mais elle siége surtout dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux et peut s'étendre en profondeur en détruisant les muscles, les os, etc., etc.

Tantôt une seule artère ou une seule veine part de la tumeur; tantôt de la periphérie de celle-ci rayonnent un grand nombre d'artères sinueuses ou de veines flexueuses et dilatées.

L'évolution de ces diverses tumeurs est variable. Tandis que les angiômes artériels ont la plus grande tendance à s'accroître d'une façon continue, les angiômes veineux ont ordinairement une marche lente, souvent même ils restent stationnaires comme les varices. Mais dans tous les cas on peut observer

des complications, telles que l'inflammation et l'ulcération qui assombrissent singulièrement le pronostic.

Au point de vue du traitement, toute tumeur qui augmente de volume nécessite l'intervention chirurgicale. Quant au procédé à employer, il varie suivant les cas.

Si la tumeur est portée par un pédicule, on pourra en pratiquer l'ablation par la ligature du pédicule ou à l'aide de l'écraseur linéaire.

Dans le cas de tumeur volumineuse et étendue, entourée de vaisseaux nombreux, M. Péan interrompt la circulation dans la tumeur, en saisissant, avec ses pinces hemostatiques, tous les vaisseaux périphériques et provoque la coagulation du sang à l'aide d'injections de perchlorure de fer faites à plusieurs reprises. Le thermo ou le galvano-cautére rendra de grands services dans de pareilles circonstonces. On doit, en un mot, s'inspirer de diverses conditions, telles que : le siége anatomique ou topographique de la tumeur ; sa nature capillaire, artérielle ou veineuse, sa forme, ses dimensions, etc., etc. Dans le cas actuel, il s'agit d'une *angiôme capillaire;* on pourrait tenter de l'attaquer par les caustiques, pâte de Vienne en particulier; mais il faut tenir compte des organes qui siégent au-dessous de la peau, vaisseaux, nerfs et tendons qu'il importe de ménager, or les caustiques ne choisissent pas les tissus.

M. Péan donne, dans ce cas particulier, la préférence, à la méthode des scarifications, suivies d'un badigeonnage de perchlorure de fer. Cette méthode a fourni, dans des conditions analogues, d'excellents résultats à M. Vidal (1).

Opération. — Aprés avoir fait l'hémostase préventive à l'aide de la compression ouatée, M. Péan fait, sur la tumeur métatarso-phalangienne, des scarifications très rapprochées les unes des autres et comprenant toute l'épaisseur de la tumeur. Il se sert, à cet effet, d'un scarificateur à lame courbe.

Les scarifications donnent lieu à un écoulement sanguin en nappe, assez abondant, aussitôt arrêté par un léger badigeonnage de perchlorure de fer.

On fait ensuite un pansement légèrement compressif que l'on remplacera les jours suivants par un pansement simple.

2° *Bec-de-lièvre congénital droit,* sans fissure alvéolaire ou palatine; sans division du voile du palais, chez une petite fille âgée de 12 jours. La mère est primipare, il n'y a pas d'antécédents héréditaires.

Le vice de conformation est des plus simples et présente les caractéres habituels de ces sortes de lésions : la lèvre supérieure est fendue dans toute sa hauteur, à droite de la ligne médiane, depuis le bord libre jusqu'à l'orifice antérieur de la narine droite. La solution de continuité à une forme angulaire à sommet supérieur. Le bord interne est vertical et rectiligne, le bord externe est oblique en bas et à droite ; il est attiré dans la direction de la commissure par l'action de l'orbiculaire des lévres, l'aile droite du nez est applatie, étalée, attirée en dehors.

Gêne légère de la respiration. L'enfant prend le sein avec difficulté.

Opération. Anesthésie par le chloroforme.

M. Péan fait l'hémostasie préventive en plaçant des pinces hémostatiques sur la lèvre supérieure, de chaque côté de la fente labiale ; sur la sous-cloison et sur les ailes du nez.

A l'aide de pinces à disséquer et d'un bistouri droit, il pratique ensuite l'avivement des bords, en conservant un petit lambeau destiné à rappeler le lobule médian.

Grâce à l'hémostasie préventive, ce temps de l'opération se fait en quelque sorte à sec. Il est néanmoins nécessaine de faire de l'hémostasie temporaire en appliquant deux petites pinces sur de petites artérioles sectionnées. Pour rapprocher les surfaces cruentées et les maintenir en contact, le chirurgien de St-Louis, traverse la lèvre supérieure avec une longue épingle à tête de verre. Cette épingle pénètre à droite de la solution de continuité, immédiatement au dessous du bord adhérent de l'aile droite du nez et ressort à gauche en un point symétrique. Il jette ensuite une anse de fil sur les deux bouts de l'épingle pour faire la suture entortillée.

L'affrontement étant obtenu, il suture les bords de la plaie à l'aide de cinq fils métalliques isolés, en prenant soin de mettre la muqueuse en rapport avec la muqueuse et la peau avec la peau.

Afin d'éviter le tiraillement et d'empêcher les fils de couper les tissus, il applique des bandelettes de tarlatane collodionnée, allant d'une joue à l'autre et passant au devant de la plaie.

Pansement simple.

M. Péan insiste d'une façon toute particuliére, sur la nécessité de rapprocher les tissus à l'aide de bandelettes collodionnées. Si l'on évite de prendre cette précaution, on court le risque de n'obtenir qu'un succès partiel, par suite de la tendance qu'ont à se séparer les surfaces cruentées, sous l'influence des contractions des muscles de la face.

Dans les cas où l'écartement est considérable avant l'opération, et où la suture entraîne le rétrécissement des narines, il conseille d'introduire dans ces cavités, pendant les premiers jours, des tuyaux de plume ou des bouts de sondes, afin de prévenir l'asphyxie.

3° *Pied-bot varus-equin accidentel survenu à la suite de convulsions. Ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille; redressement du pied et immobilisation dans une bonne position.*

La petite malade actuellement âgée de 3 ans 1/2, a eu, il y a deux ans, des convulsions dues au travail de dentition. A la suite de ces accidents, le pied gauche s'est renversé en dedans, le membre supérieur du même côté s'est immobilisé dans une position vicieuse sur laquelle on ne peut obtenir que des renseignements obscurs. Quoi qu'il en soit, l'impuissance fonctionnelle du membre supérieur aprés avoir été compléte pendant 8 mois, a progressivement et spontanément diminué. Aujourd'hui les mouvements sont entièrement récupérés.

Du côté du pied, au contraire, les désordres se sont exagérés. Les surfaces articulaires du tarse et du métatarse tendent à perdre leurs rapports, et certains muscles de la jambe ont fini par s'atrophier. Les parents n'ayant plus l'espoir d'une guérison spontanée, se décident à réclamer les soins chirurgicaux.

La déformation est celle du pied-bot varus-équin. Le pied est dans l'extension et dans l'adduction ; il a subi un mouvement de torsion, en vertu duquel les métatarsiens et les orteils décrivent une courbe à concavité interne Le bord externe, devenu inférieur, est convexe et repose sur le sol p r la face externe du cinquième métatarsien et l'extrémité antérieure du calcanéum. Le bord interne, devenu supérieur, est concave. La face externe regarde en dehors et présente, au niveau du tarse, une saillie volumineuse formée par la tête de l'astragale; il existe, à ce niveau, une bourse séreuse enflammée qui s'accuse à l'extérieur par une saillie du volume d'une amande; la peau qui la recouvre est amincie et luisante, elle offre une rougeur inflammatoire, encore accentuée

(1) Voir *Concours médical*, n° 6.

par le développement d'un fin réseau de capillaires hyperémiés.

La face interne regarde en dedans, sa concavité est exagérée par la flexion de la seconde rangée des os du tarse sur la première et par celle des orteils.

L'extrémité postérieure du calcanéum est portée en haut; de sorte que le talon est élevé et la pointe du pied abaissée.

Du côté de la jambe les muscles postéro-internes sont durs, rigides, contracturés, raccourcis. Les muscles antero-externes sont, au contraire, allongés, plus flasques et paraissent atrophiés.

Il tend à se passer, ici, quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans certains cas de torticolis chroniques où par suite de la porsistance de la position vicieuse, les os perdent leurs rapports normaux, de nouvelles surfaces articulaires se développent, l'immobilité prolongée des muscles en amènent l'atrophie.

Le seul moyen pratique d'obtenir le redressement du pied consiste à pratiquer la ténotomie du tendon d'Achille, et à maintenir le membre dans une bonne position, à l'aide d'un appareil approprié.

Opération. Anesthésie chloroformique.

M. Péan pratique la ténotomie du tendon d'Achille par la méthode sous-cutanée. Le redressement du pied étant obtenu, on fait un pansement par occlusion avec de la tarlatane collodionnée au niveau de la petite plaie. Le membre sera placé dans un appareil à tiges métalliques articulées, antérieurement construit par M. Mathieu.

4° *Kyste sanguin du corps thyroïde.* — *Ablation.* — Le malade, âgé de 19 ans, est né de parents goîtreux, dans un pays de goîtreux.

Il y a 5 ans il vit apparaître dans la région sous hyoïdienne, sur la ligne médiane et au niveau du lobe médian du corps thyroïde, une tumeur indolente qui s'est développée assez rapidement.

La production morbide ne causa d'abord aucun autre inconvénient que de la difformité, mais dans les derniers temps elle a donné lieu à une gêne croissante de la dég'utition et à une sensation de constriction laryngée fort incommode.

Il y a 3 mois la tumeur, diagnostiquée : *goître*, fut traitée par la ponction (qui donna issue à du sang) et l'injection iodée. Une seconde ponction fut faite 15 jours plus tard; le tout sans résultat satisfaisant. L'application de vésicatoires au niveau de la tumeur n'ayant pas davantage entravé son évolution et les accidents continuant à persister, le malade vient réclamer l'intervention chirurgicale. *Actuellement,* la tumeur fait, sur la ligne médiane, une saillie du volume d'une grosse orange, régulièrement arrondie, globuleuse, bien circonscrite. La peau présente une pigmentation brune et de petits nodules cicatriciels isolés, dus à l'action des vésicatoires; il n'y a ni rougeur inflammatoire, ni œdème, ni vascularisation anormale.

Au toucher, les téguments sont mobiles à la surface de la tumeur. Celle-ci est dure, ferme, renitente, excepté au centre où elle offre une consistance lipomateuse.

Elle n'est le siége d'aucune espèce de battements, d'aucun souffle vasculaire. Elle adhère profondément au corps thyroïde par une sorte de prolongement pédiculé qui se dirige vers le lobe gauche et participe aux déplacements du larynx dans les mouvements de déglutition. Pas de douleurs spontanées ou à la pression. Les troubles fonctionnels sont ceux qui ont été signalés plus haut : gène de la déglutition, constriction laryngée, sensation de pesanteur et de tiraillement. Il n'existe pas de dyspnée proprement dite, pas de troubles de la voix, pas de signes de compression des vaisseaux.

L'état général est satisfaisant.

L'intelligence est au-dessus de la moyenne.

Le siège de la tumeur, sa continuité manifeste avec le corps thyroïde, les antécédents du sujet, rendent compte du diagnostic porté par les médecins qui l'ont examiné antérieurement et justifient le traitement qu'ils ont employé : ponctions et injections iodées, vésicatoires.

Ces mêmes phénomènes éloignent l'idée de tumeur des ganglions, de kystes du cou, etc., etc.

L'âge du sujet, l'absence de douleurs, la marche et les caractères de la tumeur, l'intégrité des ganglions lymphatiques et de l'état général ne permettent pas de songer à une tumeur maligne, cancéreuse ou sarcomateuse. Il s'agit bien d'un goître, et la variété seule reste à déterminer.

Il suffit de rappeler la sonorité des *goîtres gazeux* pour les éliminer. Mais le diagnostic entre une tumeur solide et un kyste du corps thyroïde est plus épineux.

La tumeur a, en effet, des caractères mixtes, douteux, intermédiaires à ceux des goîtres solides et des goîtres liquides. On ne trouve ni la dureté spéciale quelquefois cartilagineuse ou osseuse des goîtres solides, ni la fluctuation caractéristique des kystes, ni enfin la coexistence de ces symptômes tels qu'on les rencontre dans les tumeurs moitié solides, moitié liquides.

La fermeté et l'élasticité de la tumeur porteraient néanmoins à penser plutôt à un kyste à parois épaisses ou fortement distendues. Il existe, en outre, au centre de la masse morbide, un point molasse, qui rappelle la fausse fluctuation des lipômes. Enfin l'idée de goître kystique est encore confirmée par les renseignements fournis par le malade : les ponctions antérieurement faites ont donné issue à une certaine quantité de sang.

Pour toutes ces raisons, on se trouve conduit à porter le diagnostic : *kyste sanguin du corps thyroïde.*

Quant au pronostic il ressort de l'étude des troubles fonctionnels. Sa gravité est certainement moindre que dans les cas où on a affaire au goître plongeant ou rétro-sternal dans lequel la menace de suffocation et d'asphyxie est permanente. Néanmoins les phénomènes de disphagie et de compression du larynx, l'exagération progressive de ces accidents exigent une intervention rapide. L'insuccès du traitement médical, des vésicatoires et des ponctions avec injections iodées, ne laissent plus d'autres ressources que l'ablation de la tumeur.

M. Péan estime que, du moment où l'opération est indiquée, il faut mettre de son côté toutes les chances de succès, en n'attendant pas que la disphagie et l'asphyxie lente aient épuisé les malades.

Lorsque la tumeur est bien limitée et facilement accessible, comme dans le cas actuel, l'opération peut être faite rapidement et donne l'espoir d'une prompte guérison. Le manuel opératoire est d'ailleurs bien simplifié par l'emploi des pinces hémostatiques.

On évitera le plus possible les délabrements si redoutables en cette région en raison du voisinage des gros vaisseaux et de la continuité du tissu cellulaire avec celui des régions voisines.

La réunion par première intention peut être obtenue; si la suppuration s'établit, on préviendra les abcès du médiastin, en donnant au pus une issue facile et en plaçant le malade dans une bonne position.

M. Péan attache la plus grande importance à la position du malade. Le décubitus dorsal sur un plan incliné, la tête plus basse que le tronc doit être rigoureusement exigé. C'est grâce à lui que l'on évitera les complications.

Opération ; Anesthésie chloroformique. — Après avoir tracé ses points de repaire à l'oncre, M. Péan fait, avec le bistouri, une incision médiane et verticale, longue de 5 à 6 centimètres, et comprenant, du même coup, la peau, le tissu cellulaire sous cutané et l'aponèvrose cervicale superficielle. Des pinces hémostatiques appliquées sur les vaisseaux saignants servent en même temps de rétracteurs.

Les lèvres do la plaie sont maintenues écartées par des aides.

La tumeur est entourée d'une coque fibreuse propre, qui l'isole et en rend l'énucléation facile; on dissèque le pourtour avec le bistouri, puis on saisit la masse morbide avec des pinces de Museux sans la trop comprimer pour ne pas l'écraser. Aprés avoir disséqué l'aponévrose, on refoule en dehors et de chaque côté les muscles qui recouvrent la tumeur, et lorsque celle-ci est bien isolée de toutes parts, on en pratique l'ablation.

Quelques ligatures perdues sont faites avec des fils de soie.

L'opération a été faite sans dé'abrements. Quinze pinces hémostatiques appliquées sur les vaisseaux sont enlevées au moment du pansement. Pas d'hémorrhagie. Le champ de l'opération ayant été fort restreint, M. Péan espère la réunion par première intention, c'est pourquoi il suture les bords de la plaie dans toute leur hauteur à l'aide de 6 points do suture métallique isolés, et fait un pansement occlusif avec des bandelettes de tarlatane collodionnées *afin de rapprocher, le plus possible, la plaie d'une plaie sous-cutanée.*

L'examen de la tumeur montre qu'il s'agit d'un kyste dont les parois ont une épaisseur de plus de 1 centimètre. Le contenu est un liquide sanguin sur lequel surnage des paillettes brillantes de cholestérine.

La tumeur sera examinée au microscope.

5° et 6°. *Corps fibreux intra-utérins. — Débridement du col à l'aide du thermo-cautère.*

I. — La première malade, âgée de 38 ans, est nullipare. La menstruation est établie depuis l'âge de 18 ans.

Il y a un an, elle remarqua dans la région hypogastrique une tumeur appréciable au toucher du volume d'un œuf de dinde. — Depuis 6 mois seulement sont survenus des troubles fonctionnels : les règles sont *moins* abondantes et durent *moins* longtemps. Constipation habituelle. — Miction fréquente. — Douleurs lombaires et hypogastriques. — Sensation de pesanteur dans le bassin. — Anémie et perte des forces. — Changement de caractère. — Phénomènes hystériques.

Actuellement, l'examen de l'utérus, par le toucher vaginal et rectal, combiné avec le palper hypogastrique, et le speculum, démontrent l'existence de fibrômes intra-utérins multiples.

La marche des fibrômes développés vers la surface interne de l'utérus est habituellement la suivante : la tumeur, en se développant, fait progressivement saillie dans la cavité utérine en soulevant la muqueuse; elle tend à abandonner la loge dans laquelle elle était enchâssée. Alors plusieurs cas peuvent se présenter : tantôt la tumeur s'énuclée complètement, se pédiculise, s'engage dans la cavité du col, qu'elle franchit, apparaît à l'orifice du museau de tanche, et fait saillie dans le vagin, sous forme de polype facilement accessible.

Tantôt la tumeur ne se pédiculise pas, ou du moins le pédicule est volumineux, la tumeur reste adhérente par une large partie de sa surface, elle distend plus ou moins la cavité utérine et peut y rester enkystée en quelque sorte, ou bien elle franchit encore le col et présente à l'orifice du museau de tanche un point de sa surface. La tumeur est alors peu accessible, et pour combattre les accidents qu'elle détermine, le chirurgien est obligé, suivant les cas, de remonter jusqu'à l'implantation de la tumeur ou d'ouvrir une voie à celle-ci en pratiquant le débridement du col.

Ce dernier procédé est seul applicable dans le cas actuel où la tumeur n'est pas accessible, le col utérin étant fermé et renversé en arrière.

Opération. — Anesthésie chloroformique. — La malade était placée sur le lit d'opération dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses, celles-ci fortement écartées et fléchies sur le bassin. On introduit dans le vagin un grand spéculum en buis. A l'aide du thermo-cautère, M. Péan fait le débridement du col en pratiquant les incisions sur les parties latérales, où il n'existe pas d'organes importants, tels que la vessie en avant ou le rectum en arrière. Ce débridement permet bientôt d'apercevoir un fibrôme qui tend à s'engager vers le museau de tanche.

L'opération terminée, on fait pendant quelques temps le tamponnement du vagin à l'aide d'éponges attachées à leur partie moyenne par des fils.

Cette précaution suffit pour prévenir toute hémorrhagie.

II. — *Fibrôme utérin avec douleurs expulsives, intolérables.* — C'est encore un cas où le débridement du col est indiqué.

Chez cette seconde malade, âgée de 31 ans, la menstruation s'est établie à l'âge de 14 ans.

Primipare. — Accouchement naturel il y a deux ans et demi, enfant bien portant.

Depuis l'accouchement la malade a souffert dans le bas-ventre ; les douleurs se sont irradiées aux lombes, à l'ombilic et à la racine des cuisses.— Pesanteur dans le bassin. — Constipation avec ballonnement du ventre. — Troubles dyspeptiques. — Un médecin a ordonné des bains alcalins et l'usage d'une ceinture hypogastrique.

Depuis six mois - règles plus abondantes ; — à la dernière époque, véritable hémorrhagie.

Depuis trois semaines, douleurs expulsives violentes. Insomnie. Perte complète de l'appétit. La malade est alors allé consulter M. Péan, qui reconnut l'existence d'un fibrôme intra-utérin. Actuellement la tumeur s'élève au-dessus du pubis, en même temps qu'elle refoule l'utérus en avant et en arrière et fait saillie dans le vagin.

Au toucher vaginal le col est déplacé, refoulé en arrière. Le museau de tanche est dilaté et laisse voir au spéculum, un point de la surface de la tumeur.

Le fibrôme est volumineux, et ne saurait franchir le col sans débridement.

M. Péan est en outre persuadé que cette opération mettra fin aux douleurs expulsives.

Anesthésie et opération, comme dans le cas précédent.

Un vaisseau saigne abondamment et comme le tamponnement du vagin ne suffirait pas pour arrêter l'hémorrhagie, M. Péan applique une longue pince qui produit immédiatement l'hémostase.

7. — *Cancroide de la lèvre inférieure avec envahissement du périoste du maxillaire. Ablation large de la tumeur et résection de la machoire.* — Le malade âgé de 50 ans, est un fumeur de pipe à tuyau court. — Il y a deux ans et demi, il remarqua à la

partie moyenne de la lèvre inférieur, un bouton verrugueux du volume d'un grain de blé, qu'il gratta et fit saigner à plusieurs reprises. Le bouton finit par s'ulcérer. Dès ce moment l'évolution fut des plus rapides, l'ulcération s'étendit en surface et en profondeur.

Actuellement elle recouvre toute la lèvre inférieure, jusqu'au-delà des commissures, le menton, les gencives et tend à envahir le plancher de la bouche.

Elle s'étend à peu prés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane.

La surface est fongueuse, hérissée de gros bourgeons charnus, rouges, mollasses, saignants, séparés par des sillons et des anfractuosités remplis de pus et de détritus épithéliaux. Un ichor fétide baigne toutes ces parties. Le ganglion sus-hyoïdien médian est seul envahi. L'état général est encore satisfaisant.

Opération. — Anesthésie chloroformique. Hémostasie préventive à l'aide de piéces appliquées sur les commissures labiales et sur le frein de la langue. M. Péan enlève largement tous les tissus malades et fait la résection de la portion du maxillaire inférieur comprise entre les petites mollaires droites et gauches. Il en résulte une vaste perte de substance dont les bords sont réunis du côté de la peau à l'aide d'épingles sur lesquels on jette des anses de fils, et maintenus rapprochés par des bandellettes de tarlatane collodionnée. Six pinces hémostatiques placées sur les vaisseaux saignants seront laissées pendant 24 heures. Des éponges appliquées sur les surfaces osseuses saignantes préviennent l'hémorrhagie osseuse. Pansement simple alcoolisé, phéniqué.

R. R

REVUE GÉNÉRALE

DE LA MÉDICATION SALICYLIQUE,

MODE D'ADMINISTRATION ET DOSES

Nous avons vu que, dans certains cas, on a noté des accidents locaux (érosions-ulcérations), imputables à l'administration de l'acide salicylique. Aussi est-ce au salicylate de soude qu'il faut toujours avoir recours. D'ailleurs l'acide n'est pas soluble dans l'eau, mais seulement dans l'alcool et la glycérine. De plus sa saveur est âcre et irritante.

Si, pour une cause quelconque, on était forcé d'employer l'acide, on devrait le neutraliser à l'aide du bicarbonate ou du phosphate de soude. La dose de bicarbonate nécessaire pour saturer 1 gramme d'acide est de 1 gr. 11.

Les doses maxima d'acide salicyliques sont de 5 à 6 grammes par jour.

D'après G. Sée le salicylate de soude contient environ 80 à 83 pour cent d'acide ; sa saveur est faible et légèrement sucrée. Il se présente sous l'aspect d'une poudre blanche, peu brillante, donnant au toucher une sensation plâtrée ou savonneuse bien distincte de la sensation crayeuse et légèrement sableuse que donne l'acide salicylique. Il cristallise sous forme de fines aiguilles courtes, soyeuses, prismatiques, effilées aux deux bouts : ces cristaux se groupent ordinairement en belles masses arborescentes et parfois en étoiles ou en rayons concentriques trés-analogues à ceux que forment les cristaux d'urate acide de soude (Blanchier).

Le salicylate de soude est trés-soluble, il se dissout dans l'eau presque à poids égal : 13 cent. cubes d'eau distillée dissolvent complétement 10 gr. de sel et donnent ainsi environ 20 centim. cubes de solution.

La solution en doit être incolore et sans odeur.

Les régles générales de son administration sont les suivantes :

1. *La dose minimum de salicylate de soude par jour est de 5 à 6 grammes.* Au-dessous de ces chiffres on n'obtient pas d'effets thérapeutiques.

2. *La dose maximum par jour est de 10 à 12 grammes.* Au-dessus de ces doses, les effets thérapeutiques peuvent être dépassés ;

3. En raison de sa prompte élimination, *il convient de ne pas cesser brusquement l'emploi de ce sel,* il faut en continuer l'usage jusqu'à cessation des symptômes qui l'ont fait administrer ;

4. *Il faut,* ensuite, ce résultat étant obtenu, *diminuer graduellement les doses ;*

5. Pour éviter tout accident local sur la muqueuse gastro-intestinale, on *devra rejeter la forme pilulaire et les cachets mèdicamenteux. Le salicylate de soude devra être dissout dans une quantité de liquide suffisante* (1 gr. pour 100 d'eau). De plus *chaque cuillerée de liquide sera diluée dans un verre ou un demi-verre d'eau pure ou alcoolisée.*

6. *La dose totale sera divisée à intervalles égaux* à prendre dans la journée et *dans aucun cas on ne l'administrera d'emblée et d'un seul coup.*

7. Dans les cas où la médication devra être continuée un certain temps et afin d'éviter l'intolérance, *on pourra l'administrer au moment des repas.*

8. Les sirops devront être rejetés, car par eux-mémes, ils suffisent souvent à amener le dégoût de la part du malade.

9. *Contre-indications.* — Le salicylate de soude pouvant amener, à lui seul, de la congestion rénale et de l'albuminurie, on devra s'inquiéter de l'état des reins et, quand ils sont le siége de lésions, être trés-prudent ou même s'abstenir tout à fait.

L'alcoolisme est aussi une contre indication du traitement, de même que l'intoxication saturnine et, en général, les phénomènes éclamptiques, quelle qu'en soit l'origine.

Dans la pneumonie aiguë, on devra craindre la dépression des forces, le collapsus. Dans la phthisie pulmonaire, où il avait été administré contre la fiévre hectique, il ne peut être que nuisible.

Formules et doses selon les cas. — Dans la *fièvre*

typhoïde, l'acide salicylique a été administré par M. Guéneau de Mussy, sous forme de limonade :

Solution de sirop de gomme	1 litre
Acide salicylique.........	1 gramme
Un citron................	

Dans la *stomatite ulcéreuse*, M. Hénocque emploie cette formule :

Acide salicylique.........	1 gramme
Sirop de mûres..........	90 »
Eau.....................	100 »

℞ Etendre avec un pinceau sur la partie malade.

Dans la *diphthérie*, comme modificateur local ; badigeonner la gorge avec la solution suivante (Bergeron), qui est caustique :

Acide salicylique.........	4 grammes
Alcool à 90°............	40 »
Eau...	80 »

Et pour le gargarisme :

Acide salicylique.........	1 gr. 50
Alcool..................	15 grammes
Eau.....................	150 »

Rhumatisme articulaire aigu. — Doses par jour : de 8 à 12 grammes à prendre par parties égales, à intervalles réguliers. Cette dose doit être continuée jusqu'à cessation complète des douleurs ; elle sera alors diminuée chaque jour, pendant 8 jours environ. C'est le seul moyen d'éviter les récidives.

Solution :

Salicylate de soude.....	8 à 10 grammes
Eau....................	100 grammes

prendre par cuillerées à bouche, dans un demi-verre d'eau alcoolisée, ou d'eau minérale alcaline, ou encore dans un verre de cassis étendu d'eau. On peut encore aromatiser la potion avec : *eau de laurier cerise*, 4 gr.

On pourra varier et alternativement employer ces divers moyens afin de ne pas fatiguer le malade et de lui permettre de continuer le traitement assez longtemps pour obtenir l'effet utile.

Nous croyons très-utile, dit M. Hénocque *(Dict. encyclopédique)* d'insister désormais, lorsqu'on veut essayer la médication salicylée, sur la notation de la température, du pouls et des urines ; nous croyons qu'à ce prix on pourra procéder en toute sécurité. En procédant ainsi chez un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, chez lequel les douleurs ont diminué en vingt-quatre heures et cessé en quarante-huit heures, j'ai pu suivre, en quelque sorte, l'évolution rapide du rhumatisme : des sueurs profuses, des urines jumenteuses renfermant une quantité considérable de phosphates et d'urates ont coïncidé avec la disparition des douleurs, ces phénomènes ont persisté pendant près de huit jours, et l'amélioration réelle, en quelque sorte définitive, a coïncidé avec la cessation des sueurs et l'apparition d'urines claires et ambrées ; le malade avait, en outre, maigri considérablement. Si je cite cet exemple, c'est pour montrer qu'il faut s'attacher à suivre les résultats de la médication dans ses moindres détails, si l'on veut l'apprécier à sa juste valeur et tirer les indications thérapeutiques des résultats immédiats eux-mêmes.

Dans le *rhumatisme articulaire subaigu*, la dose de salicylate doit être moins forte, son usage doit être continué plus longtemps et exige, par conséquent, plus de précaution. On doit prescrire 5 à 6 grammes par jour et varier le goût des solutions.

Dans la *goutte aiguë*. M. G. Sée emploie les mêmes doses que dans le rhumatisme articulaire aigu (8 à 10 grammes par jour).

Dans la *goutte chronique*. M. G. Sée donne encore la même solution (8 gr. pour 100 gr. d'eau), sans dépasser cette dose, jusqu'à ce que les engorgements aient diminué et que les douleurs aient cédé ; puis il fait diminuer graduellement les doses.

Dans les *névralgies* et contre les *douleurs fulgurantes de l'ataxie*, on fera usage de doses relativement faibles (5 à 6 gr.) qu'on augmentera au besoin, M. le dr Bouchard a obtenu de très heureux résultats avec une dose de 10 grammes par jour administrée au moment des crises. Les douleurs cessaient le jour même ou le lendemain ; presque toujours, on est obligé, après avoir supprimé le médicament, d'y revenir. Si l'on considère la difficulté qu'éprouve le médecin, vis à-vis d'un malheureux en proie aux souffrances cruelles de l'ataxie, pour le soulager, on trouvera sans doute utile d'employer le salicylate de soude dans ces cas. La plupart du temps il a fallu augmenter les doses de morphine ou de chloral jusqu'à produire le morphinisme, le chloralisme, le salicylate de soude est donc une ressource qui a sa valeur.

— *Chez les enfants*, le salicylate de soude est parfaitement toléré, même à dose de 6 grammes (Archambault, Bergeron). Ce fait s'explique suffisamment par la prompte élimination du médicament chez des malades dont les reins ne sont pas habituellement malades.

M. Archambault emploie la formule que voici :

Salicylate de soude........	6 grammes
Rhum....................	20 grammes
Sirop de Limon...........	40 grammes

à prendre en trois doses à six heures d'intervalle.

Le médicament est ensuite continué pendant trois jours, puis suspendu. Pendant soixante heures encore, M. Archambault aurait constaté sa présence dans l'urine.

Les doses qui conviennent varient suivant les âges de l'enfant. A partir de 2 ans 1/2, on peut donner 4 grammes ; à partir de 5 ans, 6 grammes par doses de 2 grammes en solution à six heures d'intervalle.

Dr P.

REVUE DES JOURNAUX

Absence congénitale de la rate.

Koch et Wachsmuth (*Berl. Klin. Wochenschr, 10 fev. 1879*) citent ce fait curieux, observé à l'hôpital d'Altona. Il s'agit d'un homme de 49 ans, atteint de fièvre typhoïde ; quand on voulut confirmer le diagnostic par la percussion de la rate, il fut impossible de constater une matité dans la région qu'occupe cet organe. Le malade mourut, et à l'autopsie, on ne trouva aucune trace de rate ; l'artère splénique faisait aussi complètement défaut. Les autres organes abdominaux avaient leur conformation normale.

—

Sur la production artificielle d'atrophies congénitales de la rate, par le Dr E. Masoin (Ac. royale de Belgique, 25 janvier 1879).

Voici comment l'auteur rend compte lui-même de son travail ; voici le problème que je m'étais proposé ; extirpez complétement la rate à deux animaux de même espèce, mais de sexe différent, soit à un lapin et à une lapine, séquestrez ensemble vos opérés pour recueillir leur progéniture aussi longtemps que vous pouvez avoir l'assurance que la rate ne s'est point restaurée, c'est-à-dire, selon toute probabilité, indéfiniment. Voyez bien quel est l'état de la rate, si tant est que l'organe existe, chez les produits du couple splénotomisé. Si la rate existe encore, extirpez là, afin d'accumuler les effets de l'influence héréditaire. Poursuivez l'expérience, s'il y a lieu sur plusieurs générations, et vous aboutirez peut-être à supprimer complétement l'organe ; vous en seriez alors arrivés à obtenir directement, par voie de génération, des animaux sans rate, résultat qu'il est peut-être permis d'espérer.

Dans cette première communication, je rapporte les résultats observés sur trois lapins issus d'animaux splénotomisés ; or, chez tous les trois, la rate était réduite de moitié environ pour le poids — (ce que j'appelle pour faciliter l'exposition des faits, *atrophie*) — par rapport à onze autres lapins nés dans les conditions ordinaires et pris comme terme de comparaison. Les trois lapins d'expérience se plaçaient au bas de l'échelle, pour le poids de la rate, d'une manière absolue et d'une manière relative, soit que l'on considérât les minima, soit que l'on considérât les moyennes.

La différence constatée pour la rate n'existait point pour le foie, dont j'ai relevé avec soin le poids pour tous les cas.

Ainsi donc, si deux procréateurs artificiellement dépourvus de la rate peuvent engendrer des produits où cet organe se rencontre encore, du moins il résulte, des trois observations recueillies, que la rate est réduite de volume, ce qui semble établir la possibilité d'obtenir à volonté, par voie de génération, l'atrophie congénitale d'un organe interne.

Tout récemment nous extirpions encore la rate à un lapin issu de parents splénotomisés, et nous trouvions l'organe réduit à l'état d'une mince languette ; ce n'était plus que le quart de la rate normale ; et pourtant nous avions opéré sur l'animal saisi en pleine digestion.

RELATIONS ENTRE L'AGE DE LA MÈRE ET LE SEXE DE L'ENFANT.

Le Dr Bidder (Zeitschrift fur Geburtshulfe und gynakologie, Bd. 2), donne les résultats de ses recherches sur ce sujet. Sur 4,441 primipares la proportion était de 100 filles pour 111,5 garçons. Les très-jeunes primipares donnent naissance à une forte proportion de garçons, celles de vingt à vingt et un ans ont plus de filles que de garçons, tandis que comme si l'âge les faisait accroître, la proportion de garçons se relève ensuite. Sur 7,430 multipares, il y avait 100 filles pour 112,4 garçons. La proportion des garçons excède celle des filles chez celles dont l'âge oscille entre dix-sept ans et vingt et un an. Le nombre s'abaisse entre vingt-deux et vingt-trois ans, atteignant son minimum entre trente-quatre et trente-cinq, pour remonter ensuite en proportion de l'âge des mères.

—

TRAITEMENT DE L'ASTHME PAR LES INJECTIONS SOUS-CUTANÉE DE LIQUEUR DE FOWLER.

Un homme âgé de 30 ans, rapporte le Dr *Martelli*, était en proie à des attaques d'asthme répétées que n'avaient pu calmer différentes méthodes de traitement usitées, y compris les injections sous-cutanées de fortes solutions de morphine. Le Dr Martelli eut l'idée d'employer la liqueur de Fowler en injection sous-cutanée (une partie pour 2 parties d'eau), et il injecta deux ou trois seringues par la même piqûre. L'effet fut remarquable ; la paralysie cessa à l'instant *(the paralysis et once ceased)*. Et quand on eut employé 2 drachmes de la solution arsenicale (3 gr , 54), l'état du patient s'améliora considérablement. Plus tard l'asthme reparut, mais l'attaque disparut à la suite de deux injections. Celles-ci se montrèrent d'ailleurs toujours inoffensives) *(Gaz. med. Ital. et pracititioner. févr. 1879.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES.

—

Séance du 28 juillet.

DU PANCRÉAS DES VERTÉBRÉS, PAR M. RENAUT.

M. J. Renaut, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, envoie une note, sur les glandes œsophagiennes, qu'il propose de nommer organes lympho-glandulaires, et dont l'étude conduit facilement à la connaissance du pancréas Cet organe, que l'auteur a étudié chez le poulet, le cheval, le chien, le lapin et le rat, s'est partout montré fondamentalement le même. C'est une glande composée de cordons caverneux, irrégulièrement divisés en loges pseudo-aciniques communicantes. La paroi de ces cordons est formée de tissus réticulés, leur aire est cloisonnée par les mêmes tissus.

—

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 aout.

DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE A DISTANCE (DUMONT-PALLIER). — A l'époque où l'on introduisit dans la thérapeutique l'usage des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine et de sulfate d'atropine

contre les douleurs ; MM. Potain et Dieulafoy étudièrent l'action analgésique de l'eau pure et virent qu'on obtenait ainsi des résultats très-satisfaisants. M. Dumontpallier a vérifié ces résultats ; il a constaté qu'ils étaient de la plus scrupuleuse exactitude, et qu'avec l'eau pure on peut faire disparaître la douleur ; le soulagement peut être durable ou passager, il est instantané dans le rhumatisme aigu.

S'étant assuré que cet effet analgésique s'exerçait à distance et que, par exemple, pour les douleurs siégeant aux doigts on pouvait pratiquer l'injection à l'avant-bras. M. Dumontpallier se demanda si la piqûre seule de l'aiguille ne suffirait pas. Non-seulement il obtint encore la cessation de la douleur par l'acupuncture, mais il vit, et c'est là le point le plus intéressant de la communication, qu'en piquant le point homologue du côté opposé on faisait également disparaître la douleur. Rapprochant ces faits curieux de ceux observés dans la métalloscopie, tels que les phénomènes de transfert, même dans des cas d'hémianesthésie de cause organique, se souvenant également de l'expérience de Brown-Séquart et de Tholozan, qui ont vu qu'en plaçant la main gauche dans un mélange réfrigérant la main droite se refroidissait, rappelant en même temps qu'en refroidissant en un point limité l'avant-bras avec une douche d'éther, le point homologue était anesthésié, M Dumontpallier arriva à conclure que ce sont là des phénomènes périphériques et que tout se passe dans les centres qui sont le siége de la lésion.

De la constitution de l'hymen (P. Budin). — Jusqu'ici on avait considéré l'hymen comme constitué par un repli des muqueuses vaginale et vulvaire. Rien n'est moins vrai d'après M. Budin ; l'hymen n'est pas une membrane, ce n'est pas un organe spécial, il n'a pas d'existence propre. Quand on examine les parties génitales d'une petite fille, on voit que ce qu'on a considéré jusqu'ici comme l'hymen forme une saillie cupuliforme entre les grandes et les petites lèvres. Cette saillie, comme le démontre M. Budin, à l'aide de nombreuses pièces anatomiques, n'est que l'extrémité antérieure du vagin.

La forme de l'orifice vaginal est variable ; le plus souvent elle est circulaire. L'orifice vaginal, pour appeler l'hymen de son véritable nom, n'a pas cette fragilité qu'on s'est plus longtemps à lui reconnaître; très souvent il se prête suffisamment lors des premiers rapports sexuels et ne se rompt pas. Lorsqu'il y a rupture il y a presque toujours perte de sang et sensation douloureuse. Les déchirures produites sur l'orifice vaginal sont simples ou multiples.

M. Budin a également établi ce fait dans sa magistrale communication, que chez une femme qui n'a pas eu d'enfants il n'y a pas de *caroncules* myrtiformes. Comme nous l'avons dit plus haut, chez un grand nombre de femmes, il n'y a pas de rupture de l'orifice vaginal lors des rapports sexuels, qui peuvent néanmoins s'exercer en toute liberté sans douleurs et sans perte de sang. Lorsque ces femmes accouchent, ce bourrelet vaginal oppose souvent un obstacle très sérieux à la sortie de la tête de l'enfant et ce n'est qu'après la déchirure de ce repli que passe la tête de l'enfant. C'est pour cette raison que la période d'expulsion est infiniment plus courte chez les multipares. En effet, la tête en peut plus se coiffer de l'orifice vaginal qui a été déchiré par l'accouchement antérieur. M. Budin a très heureusement comparé ce qui ce passe chez les primipares, à la bougie des lanternes de voiture, pressée par un ressort placé à la partie inférieure, contre un orifice trop petit pour la laisser passer. C'est grâce à la déchirure de l'orifice vaginal que se produisent les caroncules myrtiformes, comme l'a très clairement démontré M. Budin.

C'est en s'appuyant sur cette démonstration anatomique que M. Budin a tiré cette conclusion importante, au point de vue de la médecine légale, à savoir qu'étant donné un orifice vaginal, on reconnaître si oui ou non il a donné passage à un enfant, par la présence ou l'absence des caroncules myrtiformes.

(*Journal des connaissances médicales.*)

—

SUR L'ANESTHÉSIE PROTO-AZOTIQUE PAR LA MÉTHODE DU PROFESSEUR BERT.

Les expériences se poursuivent avec le plus grand succès sur cette intéressante méthode qui pourrait bien être une découverte de premier ordre. Aux faits probants que nous avons cités dans quelques-uns de nos comptes rendus de la Société de biologie, se sont ajoutées d'autres observations non moins remarquables que nous nous proposons de publier prochainement.

Pour le moment, je me bornerai à analyser la communication de M. *Limousin,* qui a trait principalement à l'administration du mélange gazeux anesthésique.

Je rappelle à ce propos les données fondamentales de la méthode du professeur Bert. On sait que le protoxyde d'azote est un gaz réellement anesthésiant, mais incapable d'anesthésier, sans produire en même temps l'asphyxie. Pour éviter ce grave inconvénient qui limitait forcément l'emploi du gaz hilariant à des opérations de très-courte durée, M. Bert eu l'idée d'employer un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène. Il supposait qu'un pareil mélange pouvait produire l'anesthésie chirurgicale sans produire l'asphyxie. Or, quand on fait inhaler ce mélange dans les conditions normales, il n'asphyxie pas, c'est parfaitement vrai, mais aussi il n'altère en rien la sensibilité. C'est qu'en effet, le protoxyde d'azote n'a pas alors sa tension normale, et il n'est plus inhalé en proportion suffisante pour déterminer l'insensibilité. Pour rendre à ce gaz mélangé à l'oxygène, sa tension, M. Bert a eu l'idée ingénieuse de le faire respirer sous pression, c'est-à-dire dans une chambre à air comprimé, et renfermé dans des ballons de caoutchouc.

La compression est telle que le protoxyde d'azote est inhalé avec sa tension normale, soit une atmosphère, et l'oxygène avec celle qu'il a dans l'air atmosphérique : = 21.

Le mélange gazeux est établi dans les proportions de 85 de AzO. et de 15 d'oxygène, et généralement, on l'administre sous une pression de 17 centimètres de mercure, ce qui représente à la pression atmosphérique normale de 76 une pression totale de 93 centimètres. La tension du protoxyde d'azote est donc de $\frac{85 \times 93}{85} = 105$; celle de l'oxygène est de $\frac{15 \times 93}{75} = 18,6$; soit une proportion un peu trop forte pour le premier est un peu trop faible pour le second. Dans ces conditions, néanmoins l'anesthésie, ainsi que nous le savons se produit sans asphyxie.

Comme le rapporte M. Limousin, les deux gaz, protoxyde d'azote et d'oxygène, sont préparés le premier avec le nitrate d'ammoniaque, le second en décomposant par la chaleur du chlorate additionné de peroxyde de maganèse.

On les introduits dans des sacs en caotchouc, dans les proportions indiquées ci-dessus, et on procède à leur dosage rigoureux, à l'aide d'un petit compteur à gaz analogue à celui qu'emploie la compagnie du gaz d'éclairage

« Les sacs en caoutchouc sont reliés entre eux

au moyen de tubes en caoutchouc et de tubes en verre bifurqués, de façon à faire arriver le gaz dans un petit ballon intermédiaire servant de régulateur et muni de deux tubes.

Cette dernière pièce communique par le tube de sortie avec l'embouchure adaptée comme un masque sur la bouche et le nez du malade.

Cette embouchure imaginée par Clower, est munie de deux soupapes : l'une sert à l'aspiration du gaz et s'ouvre de dehors en dedans; l'autae est destinée à donner issue au gaz expirés et fonctionne dedans en dehoors. Le porteur de cette pièce de cette pièce est garni d'un bourrelet, formé par un tube de caoutchouc extensible, qu'on peet gonfler avec de l'air, au moyen d'nne poire à insfflation, de façon à lui donner un plus ou moins grand volume, ce qui permet de l'adapter très-exactement sur la face du patient. «

La dépense de gaz est d'environ dix litres par minute. On en voit qu'il en faut une à-sez grande provision pour une opération de longue durée. C'est là un inconvénient parce que l'on est obligé d'employer des ballons de grandes dimensions qui encombrent la chambre à air comprimé déjà de dimensions trop restreintes.

Cette chambre est, d'autre part, assez mal éclairée par ses vitraux, c'est pourquoi les opérations un peu délicates, qu'on pratique dans son intérieur, doivent être faites à la lumière artificielle.

Ce sont là des inconvénients réels, mais qui disparaîtront promptement quand la méthode aura franchi la période difficile des essais, pour entrer dans la voie des perfectionnements où l'entraînera nécessairement son adoption par la chirurgie.

(*Journal de Thérapeutique.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Par le fait que l'exercice de la médecine est peu rémunérateur, notre profession a, sur les autres carrières libérales, ce triste privilège d'obliger ses membres, préoccupés de leur avenir, à se livrer à l'étude des questions de prévoyance. Nous songeons tous aux associations de Secours mutuels, Assurances sur la vie, Caisses de retraite etc... La reproduction, dans notre Chronique professionnelle, des projets de ce genre, sera d'un vif intérêt pour nos lecteurs. Seule, jusqu'à ce jour, l'Association de Secours mutuel a trouvé sa réalisation sous la forme de l'Association générale des médecins de France. Pour des motifs divers, grand nombre de nos adhérents n'en font pas partie. Ils se sont abstenus parce qu'ils n'ont point vu quel intérêt pressant ils pouvaient avoir à en devenir membres.

Les Assurances sur la vie et les Caisses de retraite nous touchent de plus près. Elles sont plus personnelles et ont fait l'objet d'études récentes. Nos lecteurs doivent connaître les éléments de nos propres recherches, afin de pouvoir apprécier, en connaissance de cause, la valeur do nos propositions futures. Nous espérons qu'ils voudront nous assister par la communication de leurs idées.

Nous donnerons aujourd'hui, une étude qui en résume plusieurs autres. Malgré sa longueur, nous n'avons pas jugé à propos de l'abréger. Les questions de chiffres qu'elles comporte en auraient été obscurcies.

Rapport présenté à la Société locale de la Gironde par M. le Dr Lande sur la question des assurances mutuelles entre médecins ; le 5 avril 1879.

MESSIEURS ET TRÈS HONORÉS CONFRÈRES,

Dans votre dernière Assemblée générale, vous avez bien voulu, sur ma proposition, nommer une Commission chargée d'examiner un projet d'Assurances mutuelles sur la vie entre Médecins. Je viens, au nom de la Commission composée de MM. Denucé. Lanelongue, Sous, Verdalle, Saint-Philippe, de nos deux Conseils judiciaires, Mes Verdalle et Roy de Clotte, et du Rapporteur, qui a l'honneur de vous adresser ces paroles, vous rendre compte du résultat de l'étude que nous avons faite de ce projet, dont nul ne saurait méconnaître l'importance et la gravité.

C'est à la *Tribune Médicale* de Paris que revient l'honneur d'avoir, pour la première fois, mis en avant, sous le titre de : *la Prévoyance médicale*, l'idée de la création d'une Caisse d'assurances mutuelles entre médecins. Sous le voile d'un correspondant anonyme, voile derrière lequel il n'était pas difficile de reconnaître son Rédacteur en chef, notre distingué collègue M. le Dr Laborde, la *Tribune Médicale* faisait remarquer combien il était fâcheux que chaque membre de la famille médicale n'eût pas droit, en cas de décès, ou en cas de vieillesse malheureuse, non pas seulement à une trop modeste assistance, mais à un secours réellement réparateur, pouvant préserver d'emblée lui-même, ou après lui, sa famille, d'une misère imméritée.

Les prêts ou les allocations que peut faire, les pensions que peut servir l'Association générale, ou à son défaut chacune de nos Associations locales, sont absolument insuffisants en présence dos besoins signalés chaque année ; le seul moyen de satisfaire largement à tous ces besoins serait de fonder entre médecins une Société analogue aux Compagnies d'Assurances sur la vie. A l'appui de cette proposition, il n'était pas difficile au Dr Laborde de montrer dans quelle prospérité se trouvent la plupart de ces Compagnies, qui donnent à leurs souscripteurs, et surtout à leurs actionnaires et à leurs fondateurs, de gros bénéfices, malgré des frais généraux énormes.

La Prévoyance médicale, établie seulement entre médecins, n'aurait pas à sa charge ces frais d'Administration, elle n'aurait pas à servir des dividendes à des actionnaires ou à des fondateurs, tous les revenus demeureraient la propriété des souscripteurs; d'où, à la fin de l'exercice, des bénéfices beaucoup plus considérables que ceux qui pourraient nous être distribués par les Compagnies ordinaires ; ou mieux encore, d'où la possibilité de diminuer, dans de notables proportions, les primes à verser annuellement. De telle sorte que le résultat évident et indiscutable d'une Association mutuelle serait la facilité d'obtenir, pour une prime beaucoup plus faible, les avantages présentés par les Compagnies ordinaires.

Quant au mode d'assurances, M. le Dr Laborde choisissait l'assurance dite *mixte*, c'est-à-dire assurant à chaque souscriptour, pour une prime annuelle de......, une somme fixe de......., payable immédiatement après son décès à ses ayants droits, ou à lui-même en cas do survie, après une période préalablement fixée, et qui est ordinairement de vingt ou de vingt-cinq ans.

Tel était le projet mis en avant par M. le Dr Laborde ; ayant eu à m'occuper plusieurs fois déjà de cette question des Assurances sur la vie, d'abord au sujet de nos relations avec ces Compagnies et de la question du secret médical, puis au point de vue d'intérêts personnels, je crus devoir faire à M. le Dr Laborde quelques objections. Dans une lettre, publiée le 7 juin 1877 par la *Gazette Médicale de Bordeaux*, je lui écrivais que je ne croyais pas à la réalisation de son projet, du moins à la réussite de

son entreprise, et cela en raison de notre petit nombre, de la mortalité particulière à notre profession, et enfin de l'impossibilité d'abaisser les tarifs au dessous de ceux des Compagnies et de placer nos fonds d'une façon aussi avantageuse.

Je ne veux point développer ici ces arguments ; j'aurai à y revenir, car ils me paraissent devoir conserver toute leur force, malgré la réfutation que m'adressait M. le Dr Laborde le 7 décembre 1877, et dont je relève les principaux moyens.

« Vous ne croyez pas à la possibilité de l'établissement d'une Association d'assurances mutuelles entre médecins, en raison de notre petit nombre. Mais, disait M. le Dr Laborde, nous sommes 15,000 médecins en France, ne pouvons-nous pas compter sur 1,000 adhésions ? C'est un minimum véritablement modeste. Ce chiffre suffit cependant pour constituer une Société prospère, comme vous le démontrera le tableau statistique et synoptique que j'ai dressé ci-dessous

» Notre léthalité particulière vous effraye ; il y a dans votre appréciation beaucoup d'exagération, et les chiffres que vous citez à l'appui de votre thèse nous sont plus favorables que les tables de mortalité générale de Deparcieux. Je vous fais la part belle en prenant cette dernière comme base de mes calculs.

» Enfin, vous pensez que nous ne pourrions pas placer nos fonds à des conditions avantageuses, comme le font les Compagnies auxquelles sont permises toutes les opérations de Bourse et toutes les combinaisons financières capables de donner de gros bénéfices. Placés en fonds d'Etat, nos capitaux ne nous donneraient qu'un faible intérêt, et nous serions obligés d'élever le chiffre de nos primes bien au-delà de celui des Compagnies. A cela, je réponds que nous sommes libres de placer nos capitaux comme bon nous semble ; mais, du reste, un revenu modeste de 4 0/0 nous suffirait, et nous pourrions établir notre Association sur des basses telles que nos primes annuelles seraient de beaucoup au-dessus de celles qui sont exigées par les Compagnies.

» Le tableau suivant démontre qu'avec mille souscripteurs, les fonds étant placés seulement à 4 0/0, il suffirait d'une prime annuelle de 275 francs pour assurer à chacun des adhérents une somme de 10,000 francs, payable à ses ayants-droit immédiatement après son décés, ou à lui-même s'il survit après vingt-cinq ans.

ACTIF / **PASSIF**

ORDRE des Versements	AGE des Assurés	TABLE de Mortalité	TAUX de la Mortalité à chaque âge	SOMMES versées tous les ans par les survivants	DURÉE	VALEUR à chaque exercice des sommes versées, l'intérêt calculé à 4 0/0 par an	REMBOURSEMENTS par années aux assurés décédés	SOMMES remboursées
1	25 ans	1.000 »	10 33	275.000 »	25	734.250 »	10 33	103.300
2	26 »	989 67	10 33	272.159 25	24	696.727 68	10 33	103.300
3	27 »	979 34	10 33	269.318 50	23	662.524 51	10 33	103.300
4	28 »	969 01	10 33	866.477 75	22	631.552 27	10 33	103.300
5	29 »	958 68	10 33	263.637 »	21	601 002 36	10 33	103.300
6	30 »	948 35	10 33	260.769 25	20	571.143 79	10 33	103.300
7	31 »	938 02	10 33	257.955 50	19	544 286 11	10 33	103.300
8	32 »	927 69	10 33	255.114 76	18	517.882 94	10 33	103.300
9	33 »	917 36	10 33	252.274 »	17	491.934 30	10 33	103.300
10	34 »	907 03	10 33	249.433 25	16	466.440 18	10 33	103.300
11	35 »	896 70	10 33	246.592 50	15	443.866 50	10 33	103.300
12	36 »	886 37	10 33	243.751 75	14	421.690 53	10 33	103.300
13	37 »	876 04	10 33	240.911 »	13	402.321 37	10 33	103.300
14	38 »	865 61	10 43	238.042 75	12	380.858 40	10 43	104.300
15	39 »	855 18	10 43	235.174 50	11	362.168 73	10 43	104.300
16	40 »	844 75	10 43	223.306 25	10	343.813 25	10 43	104.300
17	41 »	834 32	10 43	229.438 »	9	325.801 96	10 43	101.300
18	42 »	823 89	10 43	226.569 75	8	310.400 56	10 43	104.300
19	43 »	813 46	10 43	223.701 50	7	295.285 98	10 43	104.300
20	44 »	803 03	10 43	220.833 25	6	280.458 23	10 43	104.300
21	45 »	792 60	10 43	217.965 »	5	265.917 30	10 43	104.300
22	46 »	782 17	10 43	215.096 75	4	251.663 20	10 43	101.300
23	47 »	772 »	10 17	212.300 »	3	237.776 »	10 17	101.700
24	48 »	760 78	11 22	209.214 50	2	225.951 66	11 22	112.200
25	49 »	750 45		206.373 75	1	214.628 70		
			249 55	6.020.437 50		10.680.445 51	750 45	2.495.500 7.504.500
							1.000 »	12.000.000

Je viens de résumer aussi brièvement et aussi clairement qu'il m'a été possible l'argumentation de M. le Dr Laborde. Son opinion a pris une nouvelle force depuis qu'elle a été acceptée et défendue dans un remarquable Rapport présenté par M. le Dr Troard à l'Association des Médecins du département d'Alger, réunie en Assemblée générale le 6 avril 1878.

Notre honorable confrère d'Algérie est d'avis qu'une Association mutuelle entre Médecins peut nous donner les mêmes avantages que les Compagnies d'Assurances, avec plus de garanties, avec

économie, c'est-à-dire à un taux beaucoup moins élevé, et cela pour un nombre restreint d'adhérents, par exemple le chiffre de 1,000 au minimum, déjà cité par M. le Dr Laborde. M. le Dr Trolard accepte. sans conteste, les calculs présentés par ce dernier; il ne songe qu'à combattre à son tour les objections faites au projet et qui sont toujours :

Le petit nombre des adhérents;

L'absence d'un capital de première mise de réserve;

Les frais de gestion et d'installation qui seront considérables;

Notre léthalité particulière;

L'Assurance des Médecins malades;

La difficulté de placer avantageusement nos fonds.

M. le Dr Trolard repousse ces objections, ainsi que l'a fait l honorable Rédacteur en chef de la *Tribune Médicale*, et arrive à démontrer à ses Confrères que le projet de M. le Dr Laborde est, en tous points, réalisable; les conclusions de son Rapport ont été, en effet, adoptées par l'Assemblée générale du département d'Alger.

Votre Commission, Messieurs, n'a pas partagé l'opinion de nos honorables collègues d'Algérie; le choix seul de son Rapporteur vous en est déjà une preuve. Je vous dois maintenant l'exposé des motifs qui nous paraissent devoir faire repousser le projet de M. le Dr Laborde. Les arguments à lui opposer, vous les connaissez déjà; je vais les reprendre et les discuter l'un après l'autre.

1° Notre petit nombre. Les Assurances mutuelles ne sont possibles qu'autant qu'elles réunissent un grand nombre d'adhérents; la division des risques est la condition essentielle de leur réussite; or, nous sommes peu nombreux; notre Société ne comprendra, au début qu'un très petit nombre d'adhérents; il suffira d'une mauvaise chance pour la ruiner.

Que trente jeunes confrères forment le premier noyau, disais-je dans ma lettre à M. le Dr Laborde; qu'ils versent cette somme de 360 francs réclamée par les Compagnies, le chiffre de l'Assurance étant fixé à 10,000 francs, et que l'un d'eux meure dans l'année; voilà l'Association presque ruinée. »

A cette objection, M. le Dr Laborde me répond : » Laissez moi vous dire, cher Confrère, que vous n'êtes pas généreux dans l'espèce. Trente !...., En vérité c'est trop peu, c'est dérisoire. et, dès le moment que vous ne composez pas ce noyau do 1,000 au moins, il n'y a plus lieu de discuter. Permettez-moi donc de vous ramener à un point de départ praticable, et reprenons mon hypothèse de 1,000 débutants au moins; vous voulez bien me les accorder, n'est-ce pas? »

Oui certes ! je les accorde; j'entends discuter et éclairer la question avec les chiffres mêmes choisis par M. le Dr Laborde et acceptés par M. le Dr Trolard comme base des calculs de leur projet; ces chiffres sont ceux du tableau établi ci-dessus. Je prends donc le chiffre do 1,000 adhérents, et je répète encore. notre Association est à la merci du sort; elle peut péricliter dès la première année. En effet, d'après les tables de mortalité de Deparcieux, ces 1,000 souscripteurs doivent donner 10,33 décès au cours de la première année; mais que par suite d'épidémie, de conditions sanitaires défavorables, où même d'une simple coïncidence, nous comptiens 15 ou 20 décès au lieu de 10,33, que devient l'annuité versée? Que devient surtout le solde en caisse à la fin de l'année? Pour chaque décès, il faut compter 10,000 fr. aux ayants-droit du décédé et diminuer d'autant cette première annuité de 275,000 francs, principale source de notre richesse, puisqu'elle sera capitalisée pendant 25 ans. Avec les 10,33 décès prévus, elle est encore de 171,000 francs; mais avec 15 ou 20 décès, elle se réduit à 125,000 et même à 75,000 francs, réduction rendue plus sensible encore par la capitalisation à la fin de l'exercice.

(A suivre).

CONCOURS SCIENTIFIQUE

MÉTHODE D'ANALGÉSIE CHIRURGICALE

Pour répondre à votre appel, je vous envoie deux observations d'opérations faites à l'aide du procédé de M. le Dr Guibert.

Dans l'une, nous avons eu l'*analgésie chirurgicale parfaite*, dans l'autre, une chloroformisation.

Ces opérations ont été faites dans le service et sous la direction du professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Lille, mon excellent maître et ami, M. le Dr Paris.

Obs. 1. X... — 26 ans. — *Ongle incarné.* A 9 heures 20 : Injection sous-cutanée de 15 milligr. de chlorhydrate de morphine au bras droit; 9 h. 43 : Inhalations de chloroforme.

Le malade reste présent à l'opération et répond tout le temps aux questions qu'on lui pose. Il a senti, dit-il, qu'on lui touchait le gros orteil, mais n'a pas éprouvé de douleur, l'opération n'a duré que quelques minutes. On a usé en tout 8 grammes de chloroforme. Immédiatement après, X... s'endort d'un profond sommeil qui dure deux heures.

Obs. 2. — Même jour. Résection d'un métacarpien, amputation de l'annulaire de la main droite.

A 10 heures 10, injection sous-cutanée au bras gauche de deux centigrammes de morphine.

à 10 heures 30, inhalation de chloroforme, Le blessé tombe d'abord dans le sommeil chloroformique, période d'excitation, ne répond pas aux questions. On use 30 grammes de chloroforme. Des phénomènes d'asphyxie se produisent, le pouls devient filiforme, la face bleuâtre, la respiration s'arrête. On est obligé de suspendre le chloroforme. Les symptômes alarmants se dissipent.

Voici les faits exposés rapidement, sans commentaire.

Dr Ortille (de Lille)
Interne lauréat des hôpitaux.

CHRONIQUE

Les nouvelles chaires de l'enseignement supérieur. — La Chambre des députés, sur la proposition de la Commission du budjet a voté la création de treize nouvelles chaires d'enseignement supérieur. Parmi celles-ci nous trouvons :

Faculté de Médecine : Chaire des maladies cutanées et syphilitiques;

Museum d'histoire naturelle : Chaire de physiologie végétale et chaire de pathologie comparée;

Ecole de pharmacie : Chaire de botanique cryptogamique;

Faculté de Médecine de Nancy: Chaire d'hygiène.

Un journal politique annonce comme proba-

ble les nominations de M. Dehérain, professeur de chimie, à l'école d'Agriculture de Grignon, à la chaire de physiologie végétale; et celle de M. Bouley, membre de l'Institut à la chaire de pathologie comparée.

On se rappelle que cette dernière chaire avait été créée à la Faculté de Médecine de Paris pour Rayer qui ne fit jamais son cours; elle avait été supprimée ou transformée à sa mort.

*
* *

Concours. — La société médicale d'Amiens, dans sa séance du 6 août 1879, a décidé de mettre au concours les questions soivantes :

Pour l'année 1880, du Vaginisme. — *Pour l'année 1881,* de la Fissure a l'anus.

Une médaille d'or de la valeur de 200 francs sera attribuée à chaque question

Une autre médaille d'or de la même valeur sera décernée au médecin du département de la Somme qui aura présenté le meilleur travail sur un sujet quelconque ayant trait aux sciences médicales.

Les mémoires, inédits, manuscrits et écrits lisiblement doivent être envoyés dans les formes académiques avant le 1er avril de chaque année, à M. le dr A. Leroy, secrétaire de la Société médicale, 5, rue du Lycée, à Amiens.

* *
*

Prix a décerner en 1880. — La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante : *De la dentition comme cause de maladies dans la première enfance.*

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de mars ou d'avril 1880, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet. Les mémoires devront être adressés *franco*, avant le 31 janvier 1880, à M. le docteur Léon Rieux, secrétaire général, rue Bourbon, 40. Ils porteront en tête une épigraphe, qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus. La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire conronné.

*
* *

British médical association. — *Congrès de Cork.* — Parmi les médecins du continent qui prennent part aux travaux du 47ème Congrès annuel de l'Association, nous trouvons ceux de MM. Charcot, Ball, Gueneau de Mussy, Gallard, Bonnafond, Loïwenberg, de Paris.

*
* *

Congrès médical de Cadix. — En ce moment et pour la première fois, a lieu à Cadix le Congrès des médecins de l'Andalousie. Il promet d'être intéressant et de donner d'heureux résultats au point de vue de l'avancement de la Science. La commission d'organisation avait réuni près de 243 adhésions de médecins espagnols et étrangers.

(*Gaceta medica di Sevilla*).

*
*

Les statues de l'Hotel-de-Ville de Paris. — Dans une de ses dernières séances, le Conseil municipal s'est occupé de dresser la liste des statuts qui seront placées sur les façades du nouvelle Hôtel-de-Ville. Tous les personnages choisis sont nés à Paris.

Nous relevons les noms suivants :

Fagon (qui, dit *Gui-Crescent*), 1638-1718. — Médecin et botaniste.

Fagon était neveu de Gui de la Brosse. Il osa soutenir, un des premiers, devant l'école de Médecine de Paris, la circulation du sang, dans une thèse intitulée : *an a sanguine impulsum cor salit?* (1663). — Il fut d'abord professeur, puis directeur du jardin du roi. C'est lui qui inspira à Louis XIV dont il était le premier médecin, le dessein d'envoyer Tournefort en Grèce, en Asie et en Egypte, pour en rapporter les plantes les plus utiles et les plus curieuses.

Fagon a très peu écrit. — Outre un profond savoir, il était renommé pour son bon cœur et sa mauvaise santé. Il mourut cependant à 80 ans ; son existence, suivant Fontenelle, était la meilleure preuve de son habileté.

Fourcroy (Antoine-François), 1755-1809. — Plus connu comme chimiste que comme médecin, prit une part des plus actives aux fondations de la Convention et du Consul des anciens. On doit à son infatigable activité l'érection des écoles de Médecine de Paris, de Montpellier, de Strasbourg, celle de douze écoles de droit, d'une trentaine de Lycées, et le rétablissement de plus de trois cents colléges communaux. Il prit aussi une très grande part à la réorganisation de l'Université dont il avait espérer de devenir le chef. Les travaux sur la composition des calculs urinaires, sur celle del'urine, sont célèbres. Ses ouvrages sont nombreux.

Lavoisier (Antoine-Laurent), 1743-1794. — Le fondateur de la chimie moderne.

On remarquera comben la ville de Paris, riche en hommes éminents dans tous les genres, et pauvre en médecins. Presque aucun de ceux qui ont brillé au premier rang ne lui appartiennent pas la naissance.

AVIS AUX MEMBRES FONDATEURS ET PARTICIPANTS.

Il sera fait, très-prochainement, un tirage à part du programme de la *Direction,* qui indiquera en outre à chaque destinataire son numéro d'inscription et donnera les renseignements qui nous ont été réclames par de nombreux correspondants.

Il s'est produit quelques omissions inévitablss dans l'expédition des dsux premiers numéros. Nous avisons nos lecteurs qus toutss les adhésions qui nous sont parvenues dspuis l'envoi des prsmières circulairss, ont été maintenues *quelle que soit leur formule et leur date.* Par conséquent, ils peuvent réclamer les numéros qui leur manquent.

AVIS. — *Par application de la loi du 7 avril dernier, tous les bureaux de poste de France sont autorisés à recevoir les abonnements. L'administration du* Concours Medical, *prenant à sa charge la remise perçue par l'administration des postes, nos abonnés des départements n'ont qu'à verser, au bureau de poste de leur résidence, le montant de leur abonnement, tel qu'il est annoncé ci-dessus.*

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 8 23 août 1879.

BULLETIN DE LA SEMAINE.

A l'Académie de médecine nous signalions dans notre dernier Bulletin les protestations d'un certain nombre d'académiciens contre les *spécialités*.

Dans la séance de mardi, M. Personne, dont tout le monde connaît la haute compétence, a fait une importante communication sur une substance qui joue depuis quelque temps un grand rôle dans la thérapeutique des gens du monde « le fer dyalisé ».

Ce produit n'est pas aussi nouveau qu'on voudrait le faire croire : il est connu depuis plus de 25 ans. M. Péan de Saint-Gilles avait obtenu, dans le laboratoire de M Pelouze, cet oxyde de fer modifié qui lui parut soluble dans l'eau; ce n'était là, cependant, qu'une apparence : une observation plus attentive montra que ce produit nouveau était seulement en suspension, et non en solution, car il précipitait par l'addition d'acides. Depuis la découverte des lois de la diffusion on a reconnu qu'il reste en quasi-dissolution ; toutefois il ne passe nullement à travers la membrane dialysante, comme on l'a prétendu. Il est insoluble dans les acides, même les plus forts, et sa chaleur spécifique est très faible : c'est par là qu'il diffère de l'oxyde de fer ordinaire.

Quant à ses propriétés physiologiques, elles sont à peu près nulles, comme il est facile de s'en assurer Si on administre du fer dialysé, même à haute dose, à un chien en pleine digestion, on retrouve bien dans l'estomac de l'oxyde de fer modifié; mais on rechercherait en vain des composés ferrugineux dans les liquides de l'estomac ou dans les sucs intestinaux : les réactifs les plus sensibles n'y décèlent pas la moindre trace de fer. Les produits pharmaceutiques, livrés par le commerce sous le nom de fer dialysé, sont d'ailleurs bien loin d'être d'une pureté parfaite; ils renferment en quantité notable des sulfates et des chlorures de fer. Ils sont pourtant, en général, d'un prix élevé, car on fait payer 5 francs un flacon dans lequel il entre à peine 50 centigrammes d'oxyde de fer modifié; on vend donc un produit, dans lequel il n'y a presque rien d'utile, environ trois fois plus cher que l'or : c'est peut-être le seul mérite de ce composé si vanté.

M. Berthelot, à son tour, déclare que si on avait voulu avoir un composé ferrugineux inabordable, il eut été impossible de mieux choisir.

Nous sommes heureux, pour notre part, de ces protestations. Peut-être trouvera-t on qu'elles sont un peu tardives, mais leur valeur n'en est pas moins considérable. L'abus des *spécialités* ne connaît plus de bornes, et il importe que le corps médical réagisse énergiquement et efficacement. C'est là un des points du programme du *Concours Médical*, auquel nous resterons fidèles. La spécialité à sa raison d'être dans des limites précises et restreintes et pour un certain nombre de produits ; elle est nuisible ou dangereuse en dehors de ces cas que nous avons précisés dans notre programme. Nous ne cesserons de le répéter, avec les nombreux confrères qui se plaignent, à si juste titre, de cette véritable concurrence faite aux détriments de la santé publique.

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU

LEÇON DE M. LE PROFESSEUR RICHET.

Tumeur du sein de nature caséeuse chez une femme de 50 ans. — Ouverture de trois abcès indépendants dans l'aisselle et dans la région du sein. — Extirpation de la tumeur.

Messieurs,

Une femme, âgée de 50 ans, est entrée dans notre salle Notre-Dame, le 22 juin dernier, pour une forme rare de tumeur du sein. Lorsque je vous aurai esquissé le tableau des signes physiques de cette tumeur et des symptômes généraux dont elle s'accompagne, vous verrez qu'elle ne ressemble en rien ni aux diverses tumeurs caséeuses, ni aux tumeurs adénoïdes qui atteignent habituellement la glande mammaire. Il importe donc que vous sachiez faire la distinction afin de pouvoir pronostiquer la marche de la maladie et diriger votre règle de conduite dans des cas analogues.

La malade nous a été adressée par M. le docteur Hirne, ancien interne de cet hôpital, qui la soignait depuis deux ans pour une bronchite à répétition.

Lorsque je vis la malade pour la première fois, le lendemain de son entrée, je trouvai que le sein gauche avait un aspect bizarre : il présentait d'abord une augmentation de volume considérable sur le sein droit. La peau était masquée, bronzée et comme écaillée par les applications successives de teinture d'iode qui avaient été faites en ville. A la palpation avec deux doigts on constatait une hypertrophie générale de la peau dans toute la région correspondante. Au lieu d'être lisse et unie à sa surface, la tumeur offrait une forme mamelonnée.

Au-dessous du sein gauche, dans le sillon sous-mammaire, on voyait quelques vésicules avec des croûtes d'eczéma. Une éruption analogue existait aussi dans la région correspondante du sein du côté opposé.

Sous l'aisselle gauche on constatait la présence d'une tumeur du volume du poing, tumeur à base indurée, à sommet dépressible et ramolli. A ce niveau la peau était rouge et chaude ; elle était aussi

douloureuse à la pression, mais on ne sentait pas de fluctuation bien manifeste : il y avait là un phlegmon dont la partie superficielle commençait à arriver à maturité.

Ces phénomènes inflammatoires avaient dénaturé la tumeur primitive. Aussi me fut-il impossible de porter un diagnostic à première vue. Je me réservai d'observer la maladie les jours suivants, et d'intervenir selon les indications. Pour le moment, je me contentai de faire appliquer des cataplasmes en permanence sur le sein et de prescrire des lotions à l'eau de guimauve trois ou quatre fois par jour.

Sous l'influence du repos et des applications émollientes, les douleurs spontanées diminuèrent dans le sein et l'aisselle. La tumeur de l'aisselle devint franchement fluctuante : la peau s'amincit vers le sommet, et, quatre jours après l'entrée de la malade, je me décidai à pratiquer une large incision sur le milieu de la tumeur. Il en sortit un pus crémeux, jaunâtre, bien lié, entremêlé de quelques caillots sanguins. Je pensais d'abord que l'examen microscopique de ce liquide nous dévoilerait la présence de cellules épithéliales ou d'autres éléments de nature maligne. Mais on n'y trouva autre chose que de la mucine et des globules de pus.

Les jours suivants deux autres petits abcès analogues se formèrent à la partie externe du sein : je les ouvris avec le bistouri. Le pus qui s'en écoula avait tous les caractères du pus du premier abcès de l'aisselle.

Après la disparition de tous les phénomènes inflammatoires, la maladie s'est présentée sous un aspect nouveau, dont nous devons tenir compte pour établir le diagnostic. Il s'agit maintenant de débrouiller la situation en nous appuyant à la fois sur les antécédents et sur l'état actuel.

Un premier point doit nous frapper, c'est l'amélioration qui s'est produite dans la santé générale de la malade depuis le moment de son entrée, c'est-à-dire depuis trois semaines. Au point de vue local nous voyons aujourd'hui que toute la partie externe du sein gauche est occupée par une tumeur élastique, dure, offrant trois bosselures principales. De ces trois bosselures l'une est profonde, les deux autres sont superficielles et correspondent aux deux abcès indépendants qui ont été incisés. Les ouvertures ne sont pas encore fermées et laissent écouler de la lymphe épaissie. Le volume total de la tumeur du sein égale à peu près la grosseur d'un œuf de dinde.

La tumeur de l'aisselle s'est aussi modifiée considérablement depuis l'entrée de la malade ; elle a diminué des quatre cinquièmes au moins. Aujourd'hui elle ne dépasse pas le volume d'une grosse noix ; sa consistance est très-dure. La peau est froncée à ce niveau ; l'ouverture incomplètement cicatrisée se trouve comblée par un tissu fongueux de coloration rougeâtre qui ne donne pas de pus. Sur le bras correspondant on voit le réseau lympathique superficiel accusé par des saillies longitudinales. A la face interne du bras il y a un ganglion qui a été ouvert et qui a fourni du pus comme les autres tumeurs de l'aisselle et du sein.

De l'ensemble des caractères physiques qui viennent d'être décrits, je ne veux rien conclure sans les rapprocher des antécédents et des symptômes généraux.

L'interrogatoire de la malade, nous a appris que la tumeur a commencé à se développer il y a deux ans environ. Cette femme déclare en outre qu'elle a joui d'une assez bonne santé jusque dans ces dernières années. Cependant depuis bientôt quatre ans elle a remarqué qu'elle s'enrhumait avec la plus grande facilité, à l'occasion du refroidissement le plus léger. Pour se garantir de ces rhumes elle a dû prendre de la flanelle qu'elle ne quitte plus maintenant. Malgré cette disposition marquée pour les bronchites, la malade n'a pas sensiblement maigri. Il faut noter en outre que les règles ont cessé à l'âge de 42 ans, et que la période de la ménopause s'est passée sans accidents. Enfin l'auscultation de la poitrine permet aujourd'hui de constater quelques craquements au sommet du poumon droit.

Cela posé, examinons à quelle espèce de tumeur nous pouvons avoir affaire dans ce cas particulier.

S'agit-il d'un cancer du sein à marche aïgue? Les cancers aigus suppurés de la mamelle ont été décrits par mon collègue M. le professeur Broca. C'est une affection rare, mais qui existe bien réellement. Ici j'affirme que l'on ne doit pas songer à un cancer aigu pour plusieurs raisons. D'abord la tumeur est restée à peu près stationnaire pendant une longue période de deux ans ; elle n'a grossi que sous l'influence d'applications répétées de teinture d'iode ou d'autres topiques irritants. En second lieu les accidents ont cessé depuis l'ouverture des foyers purulents du sein et de l'aisselle. Enfin il n'existait pas de cellules épithéliales dans le pus.

Je ne crois pas davantage à une tumeur cancéreuse ordinaire, parce que la tumeur au lieu de grossir, a au contraire diminué de volume depuis que les abcès ont été incisés. De plus les plaies qui ont été faites par le chirurgien ont une tendance manifeste à la cicatrisation, tandis que les incisions pratiquées sur une tumeur cancéreuse sont toujours suivies de bourgeonnement et d'extension graduelle de la plaie qui prend alors un aspect grisâtre et sanieux.

J'élimine également l'hypothèse de gomme du sein. La malade n'a aucune espèce d'antécédents syphilitiques. Mais en dehors des antécédents, les caractères mêmes du pus qui s'est écoulé par les diverses incisions suffisent pour nous donner la certitude que cette femme n'est pas atteinte d'une tumeur syphilitique du sein. Le pus était crémeux, bien lié, entremêlé de caillots sanguins. Or la matière qui s'écoule d'une gomme suppurée est au contraire blanchâtre et grumeleuse.

Il ne s'agit pas non plus d'une tumeur adénoïde du sein, car les tumeurs adénoïdes ont pour caractère principal d'être mobiles dans le sein. Cette mobilité manque absolument chez notre malade.

Je ne vois guère que les tumeurs de nature caséeuse qui aient une marche analogue à celle que je vous ai longuement exposée. Ces tumeurs caséeuses de la mamelle ne se rencontrent que très-rarement. Dans le cours de ma longue pratique chirurgicale j'ai eu l'occasion d'en observer deux cas bien probants chez des clientes de la ville. J'ai encore présente à la mémoire l'intéressante histoire de l'une de ces malades qui me fut adressé, par M. Guéneau de Mussy, son médecin ordinaire. C'était une dame, âgée de 35 ans, qui avait eu, pendant de longues années, une suppuration du talon, et qui avait été guérie par un traitement iodé. Vers l'âge de 33 ans, elle vit apparaître sur le sein une grosseur qui, malgré l'absence de douleurs spontanées, ne laissa pas que de l'inquiéter fortement.

Plus tard la tumeur se ramollit en un point et s'ouvrit d'elle-même. Lorsque je fus consulté, les caractères de la tumeur ressemblaient tout à fait à ceux d'un abcès tuberculeux. Dès ma première visite je fis observer qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur maligne. L'extirpation du sein fut décidée et pratiquée. M. le professeur Ch. Robin examina avec soin la tumeur au microscope ; sur les diverses coupes il ne trouva que les lésions du tubercule. L'opération re-

monte déjà à 22 ans ; la malade est restée totalement guérie ; elle jouit encore d'une bonne santé.

Je me demande si, chez notre femme de la salle Notre-Dame, nous ne sommes pas en présence d'un cas analogue au précédent. La maladie siégerait dans les vaisseaux lymphatiques. Il est vrai qu'il y a des affections malignes du sein qui siègent dans les vaisseaux lymphatiques, et qui ont pour point de départ, un cancroïde du mamelon. Notre malade présente des traînées lymphatiques très-apparentes, qui vont du sein au creux axillaire ; chez elle tous les ganglions sont pris. Il est facile de se rendre compte de cet envahissement des vaisseaux lymphathiques. Notre malade est de celles dont ont dit qu'elles ont un tempérament lymphatique ; elle tousse depuis plusieurs années, et les poumons sont atteints. Ainsi au sommet du poumon droit on entend, à l'auscultation, des craquements humides ; la percussion révèle également de la matité relative au niveau des fosses sus-épineuses. Il y a certainement des tubercules disséminés dans les poumons. On ne saurait nier ici une certaine relation entre l'affection pulmonaire et la tumeur du sein. Il paraît même probable que les lésions pulmonaires ne se sont développées qu'après l'apparition de la tumeur du sein ; et, dans cette hypothèse, cette dernière lésion ne serait pas sans influence sur le développement des tubercules pulmonaires.

On observe quelque chose d'analogue dans l'épididymite caséeuse : bien souvent, lorsque des nodosités commencent à se montrer dans l'épididyme, on ne peut encore constater aucune trace de lésion pulmonaire. Mais plus tard les tubercules épididymaires se ramollissent : il se forme des abcès que l'on est obligé d'inciser ; de ces abcès s'écoule un pus semblable à celui dont nous avons pu constater, chez notre malade, les propriétés physiques ; et ce n'est que lorsque la suppuration du testicule a duré un certain temps, que les poumons se prennent à leur tour. Cette forme particulière de tuberculisation du testicule est connue de tous les cliniciens.

Pour me résumer, je pose un point d'interrogation et, tout en présumant que la tumeur du sein est bien de nature caséeuse ou tuberculeuse, je reste dans un doute prudent. Si par hasard il ne s'agissait point de tubercules dans la tumeur, nous ne pourrions avoir affaire qu'à une tumeur de mauvaise nature, à une tumeur fibro-plastique.

Dans l'une ou l'autre alternative, le pronostic est grave. Les tumeurs caséeuses du sein ont une grande tendance à se propager vers les ganglions. Il y a longtemps déjà que, pour ma part, j'ai soutenu une opinion défendue récemment par M. Théophile Anger à la Société de chirurgie ; lorsqu'une lésion tuberculeuse paraît bien limitée, localisée dans un point du corps accessible aux moyens chirurgicaux, l'extirpation du foyer peut, dans certains cas, empêcher ou tout au moins retarder la généralisation des tubercules.

Chez notre malade les premiers ganglions de l'aisselle sont déjà pris ; les ganglions voisins ne tarderont pas à se prendre ; puis viendra le tour des ganglions de la racine des bronches. Cette extension graduelle aux ganglions du voisinage est démontrée pour les tubercules du testicule. Les ganglions lombaires se trouvent envahis consécutivement à la tuberculisation des organes génitaux.

Il est donc certain que, dans le cas qui nous occupe, la lésion primitive a tendance à se généraliser. Pour ce motif je me suis décidé à enlever largement les parties malades, afin de prévenir la généralisation si c'est possible, et s'il est encore temps.

REVUE D'HYGIÈNE

Du rôle du médecin dans la vérification des causes de décès. — De l'éclairage dans les écoles.

Puisque désormais, à cette place, j'aurai l'honorable et délicate mission d'entretenir régulièrement les lecteurs du *Concours médical* des questions d'hygiène publique à l'ordre du jour ou d'un intérêt spécial, je crois qu'il est bon d'inaugurer cette causerie par l'examen de la question abordée à l'Académie de Médecine à propos de la statistique médicale.

J'ai sur ce point et depuis déjà longtemps une opinion ferme et je ne comprends pas comment un pays civilisé n'ait pas encore pu connaître exactement comment chaque membre du *tout social* disparait et n'ait pas fait étudier avec le plus grand soin tout ce qui touche à cet acte final, dénoue ment fatal et douloureux de ce grand drame qui a nom, la vie.

La vérification des décès, par une sorte d'erreur répandue est considérée, presque partout, comme une opération quasi-inutile et, comme la loi a chargé de ce soin l'officier de l'état civil sans lui en donner, en même temps, ni les moyens, ni la compétence, cette opération est devenue illusoire et a été reléguée au rang des superfluités légales. Il a fallu les révélations publiques d'inhumations anticipées, les clameurs des *morts* enterrés vivants pour faire sortir le monde administratif de cette singulière indifférence.

Le corps médical est devenu l'agent indispensable de la vérification et grâce à son aide, une organisation sérieuse a pu être faite.

Malheureusement elle n'est point suffisante pour donner à la statistique médicale tous les renseignements nécessaires. Il faut que les médecins traitants prêtent aussi leur concours, et c'est ainsi que depuis longtemps déjà le bureau d'hygiène de Bruxelles peut fournir, grâce à l'aide de tous, une très bonne et très complète statistique.

On eût pu imiter Bruxelles, et commencer par créer le Bureau municipal d'hygiène, tout le reste eût suivi. On a, je crois, malheureusement commencé par le plus difficile, les questions de détail.

Et c'est ainsi qu'on s'est heurté tout de suite à une grosse affaire, le *secret professionnel*.

Je crois que ce fameux secret professionnel finira par nous rendre, dans notre siècle, presque aussi ridicules que la morgue scholastique fit grotesques les Diafoirus, les Purgon de Molière. Certes, notre profession exige le secret, la discrétion la plus entière et la plus absolue, et rien ne serait aussi laid et aussi repoussant qu'un homme possesseur par état des confidences de toute une famille, des misères morales les plus épouvantables, des faits les plus inouis et qui s'en irait par tous les vents col-

porter dans le monde toutes ces choses apprises et révélées dans l'exercice de la profession. — Le secret est donc notre premier devoir, le plus sacré envers la Socitété.

Mais est-ce donc bien le trahir que de déclarer sur un papier *privé*, de quoi meurt réellement un malade ? Je disais que presque 99 fois sur 100, cela se peut faire sans nuire à qui que ce soit. Cette centième exception justifie-t-elle un silence absolu pour les 99 autres cas ?

Non, mille fois non.

Qu'on examine les choses froidement, sans passion et l'on verra que l'on exagère singulièrement le *droit* du secret professionnel. En présence d'une maladie grave et surtout mortelle, j'en appelle à tous les praticiens, la famille, l'entourage interrogent toujours le médecin traitant sur la maladie qui va emporter le malade ; les noms les plus terribles sont prononcés, le cancer, la phthisie, le scrofule... Le public est informé par les mille voix de la renommée de l'état journalier du moribond et de la maladie qui le frappe. Est-il mort ? — avec la nouvelle de son décès se répand la cause de sa mort. — Vous savez, X est mort ! — Et de quoi, le pauvre homme ? — D'un affreux cancer à la langue qui l'a horriblement fait souffrir ! — Qu'est-ce qui le soignait ? — le docteur Z..., et ainsi des autres, on pourrait dire, ainsi de tous. Cest là le fait constant avec des variantes, il est vrai, dans les formules de regrets, les appréciations du public sur les maladies et leurs moyens de traitement.

Et si maintenant, on demande au médecin traitant, pour pouvoir en tenir scientifiquement compte et l'enregistrer avec un soin discret, la cause de la mort de son client, le secret professionnel viendra l'arrêter et lui fermer la bouche ! — singulier mutisme en vérité, et qui ne paraît guère logique à cet instant même où vole de bouche en bouche le secret qu'il veut scrupuleusement conserver.

Qu'on laisse donc de côté cette exigence professionnelle et qu'on songe à l'intérêt puissant qu'une étude exacte de la mortalité présente pour le corps médical, pour la société elle-même. Les maladies qui frappent l'humanité seront combattues avec d'autant plus d'énergie qu'on saura mieux discerner les causes qui les produisent, et que les espèces nosologiques elles-mêmes seront plus minutieusement étudiées.

C'est là un point sur lequel tombent d'accord tous les hygiénistes, je devrais dire tout le corps médical, et il n'est pas douteux que la création prochaine d'un bureau d'hygiène municipal sera de nature à donner à la statistique médicale, un nouvel et puissant intérêt.

Je passe sans transition à un autre sujet non moins actuel et qui a été l'objet d'une fort intéressante discussion à la dernière séance de la Société de médecine publique, je veux parler de l'hygiène scolaire et en particulier de la question de l'éclairage.

Deux opinions sont en présence, ou plutôt deux éclairages, l'un — unilatéral — avec M. E. Trelat pour défenseur, l'autre — bilatéral — avec MM. Gariel, Javal et autres pour champions. La question, quoique n'étant pas tranchée, a fait de grands progrès.

L'éclairage unilatéral dont M. Trélat a très-savamment posé les règles et déterminé les conditions, n'a plus contre lui qu'une objection sérieuse, mais capitale ; il faut qu'il donne une quantité de lumière suffisante, et pour la fournir il faut qu'à la dimension des baies donnée par M. Trélat on ajoute l'obligation formulée par M. Javal de ménager de part et d'autre de l'axe de la classe, une bande de terrain inaliénable dont la largeur soit double de la hauteur des constructions les plus élevées qu'on puisse prévoir, en tenant compte des progrès de l'aisance qui fait multiplier les constructions à étages, jadis inconnues dans les campagnes.

Cette condition importante rend évidemment l'éclairage unilatéral de beaucoup moins pratique que l'éclairage bilatéral et dûssent les expériences faites par M. Trélat être péremptoires et démonstratives, dûssent être non moins probantes celles qui vont être mises en pratique à St-Denis, il n'en restera pas moins évident que, la plupart du temps, on se heurtera à l'impossibilité de pouvoir remplir exactement les conditions que réclame l'éclairage unilatéral pour être accepté.

Avec MM. Gariel et Javal et tous ceux qui ont vu d'un peu près les inconvénients produits sur la vue de nos adolescents par les mauvais effets de nos installations scolaires et d'un éclairage insuffisant, je préfère la garantie offerte à ce dernier point de vue par l'éclairage bilatéral. De la lumière, beaucoup de lumière, tel est le problème capital qui doit préoccuper l'hygiéniste en matière d'école et dont la solution sera toujours plus facile et plus complète avec l'éclairage bilatéral.

Il est important de donner à ce point de l'hygiène scolaire tout le développement qu'il comporte, car il est encore de nombreuses écoles à créer dans notre pays ; ces créations nouvelles devront profiter des progrès accomplis et il n'est plus permis de faire une salle d'école sans tenir compte de l'expérience acquise.

Il s'agit là, on l'a démontré, du sort de notre jeunesse, de sa force physique et intellectuelle, et sous le prétexte de l'instruire, il n'est pas possible de détériorer la race et de l'amoindrir. Nous aurons donc à revenir certainement sur cette question, de même que nous nous appliquerons à faire connaître tout ce qui touche à l'hygiène scolaire.

Dr. G. DROUINEAU.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

1. *A quel moment doit-on opérer la ligature du cordon ombilical.* — Les anciens accoucheurs : Mauriceau, Clément, Deventer pratiquaient la déli-

vrance immédiatement après la sortie du fœtus, et ne liaient le cordon qu'après l'extraction de l'arrière faix. Levret réagit contre cette pratique dangereuse et conseillait de *nouer* le cordon de suite et de ne pratiquer la délivrance que plus tard.

Si on consulte la plupart des traités d'accouchement, on verra que, dès que l'enfant respire bien, on doit immédiatement pratiquer les deux ligatures et faire la section de la tige funiculaire. Telle est la conduite recommandée par Velpeau, Gardien, Cazeaux, Joulin, Verrier, Pénard.

Cependant Nœgelé, Jacquemier, Stoltz, Schœder conseillent d'attendre, pour couper le cordon, que les battements aient complétement cessé.

Entre ces deux opinions, l'expérience était appelée à décider. C'est à M. Budin, sur les conseils de M. Tarnier, que l'on doit d'être aujourd'hui fixé sur ce point important de pratique obstétricale.

Voici ce que le docteur Budin a constaté : lorsque, aussitôt après la naissance, on laisse l'enfant attaché au cordon ombilical, respirer et crier librement entre les jambes de sa mère, on voit le cordon qui était d'abord foncé, bleu, turgide, s'affaisser bientôt et les battements dont il était le siège disparaître en moyenne après deux minutes et demie. Si, après avoir attendu surtout que l'utérus se soit bien rétrarté et même contracté une première fois, on sectionne le cordon, *il ne sort rien par le bout fœtal, et par le bout placentaire* on *voit s'écouler des vaisseaux ombilicaux 15 cent. c. 2 de sang en moyenne.*

Au contraire, dès que l'enfant a été expulsé hors des partie génitales, dès qu'il a fait une première inspiration, si on interrompt la circulation fœto-placentaire, et si après avoir lié le bout fœtal on sectionne le cordon, on *voit par un triple jet d'abord, puis par la veine seulement, le sang sortir des vaisseaux qui viennent du placenta. On en recueille en moyenne 98 c. c. 4.*

En conséquence, pratiquer la ligature et la section du cordon immédiatement après l'expulsion de l'enfant, c'es l'empêcher de puiser dans le placenta 87 c. c. 2 de sang qu'il y aurait aspiré.

En ramenant dans les deux cas le poids des enfants à la moyenne générale de 3 k. 500, on arrive au chiffre 92, grammes 6 de sang perdu.

On doit donc conclure avec M. Budin qu'*il ne faut pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical que une ou deux minutes environ après la cession complète das vaisseaux vasculaires de cette tige.*

L'explication physiologique de ces faits a été donnée par M. Budin de la façon suivante : au moment ou la vie extra-utérine succède à la vie fœtale, les poumons se dilatent et se laissent pénétrer, à la fois, par le sang et par l'air. Le sang de l'enfant, qui est encore en communication avec le placenta, revient par la veine ombilicale, pénètre dans les poumons et dans la circulation générale du fœtus, et tant que les battements du cordon persistent, tant que la circulation du fœto-placentaire subsiste, une certaine quantité de sang est lancée par les artères ombilicales dans le placenta, le *fœtus y renvoie de la sorte, une partie de son sang.* C'est pourquoi « nous avions raison de dire qu'avant de pratiquer la ligature du cordon, il fallait attendre que ses battements aient cessé depuis une ou deux minutes. » (Budin).

Cette règle est-elle applicable dans les cas où l'enfant présente les signes de l'*asphyxie bleue*? M. Budin le pense et voici ses raisons : tout d'abord aux 92 grammes de sang que l'enfant perd par la ligature hâtive du cordon, on ajoute encore 40 à 80 grammes de sang par la saigné qui est recommandée par tous les auteurs, et cela sous prétexte qu'il y a congestions pulmonaire et cérébrale.

Pour la congestion pulmonaire, M. Budin a raison de dire qu'elle n'existe pas. En effet les poumons, au moment de la naissance, sont en état d'atélectasie. Il ne peut être question de congestion, mais pour l'encéphale il n'en est pas de même. « En admettant qu'elle existe, dit M. Budin, qu'on laisse l'enfant attaché au cordon, crier et respirer largement, et l'on verra la cyanose disparaître rapidement, comme nous l'avons vu bien des fois; les poumons offrent au sang un diverticulum dans lequel il se précipite ; mis en contact avec l'air dans les vésicules pulmonaires, ce sang s'empare de l'oxygène. L'asphyxie et la coloration des téguments *peuvent* alors s'effacer.

« Si, au contraire, on pratique la saignée du cordon, évidemment la teinte asphyxique disparaît rapidement, mais la peau, au lieu de prendre la couleur rose vif qui lui est habituelle, devient bientôt d'une pâleur extrême. »

Tout d'abord remarquons que M. Budin écrit ! « L'asphyxie et la coloration des téguments *peuvent* alors s'effacer. » C'est, qu'en effet, elles ne disparaissent pas toujours. Les autopsies ont mis absolument hors de doute la possibilité de la congestion et de l'hémorrhagie cérébrales. Billard signale encore la congestion du foie, et les exsudations sanguines qui se font à la surface de cet organe.

Il est certain que les poumons jouent bien le rôle que leur attribue M. Budin et que le sang se précipite dans ce diverticulum avec rapidité. Mais le changement brusque qui se fait dans la circulation de l'enfant ne s'établit pas toujours avec toute la régularité désirable. Toutes les veines sont gorgées de sang noir et c'est le cœur droit, qui n'a pas encore fonctionné, dont les parois sont minces, qui, quelque fois même, communique encore avec le cœur gauche qui se trouve tout à coup appelé à lancer à travers l'organe de l'hématose toute cette masse sanguine. L'aspiration thoracique, qui d'après M. Budin et Ribemont, règle ce changement dans la direction du courant sanguin, est irrégulière, faible, surtout en présence du travail à accomplir.

Il n'est pas douteux, cependant, que M. Budin ai pu se trouver bien de sa manière de procéder dans les cas d'asphyxie bleue. Est-admissible que toujours cet heureux résultat se produira ?

Ce savant médecin raisonne encore par analogie et demande si, dans l'asphyxie, la saignée ait jamais été conseillée. Nous avons quelque peine à accepter l'assimilation entre un adulte dont les fonctions cardiaques ou pulmonaires sont momentanément entravées et un enfant qui naît dans ces conditions déplorables préexistantes à sa naissance. Dans un article sur l'importance de la circulation veineuse chez le nouveau-né (*Concours médical, n. 6*) nous voyons relaté ce fait rapporté par M. Hutinel, d'après les travaux de Zweiffel, que le sang est rouge pendant la vie intra uterine quand il traverse la veine ombilicale. Or, au moment où l'accouchement se termine, le sang de la veine est à peu près aussi noir que celui de l'artère. Lorsque les contractions utérines sont fortes, la circulation est entravée dans les sinus utérins et l'hématose placentaire se trouve gênée ou interrompue. Si le travail est long, si les contractions sont répétées, si on a tétanisé l'utérus par l'administration inopportune du seigle ergoté, le sang de la veine ombillicale devient de moins en moins oxygéné et augmente la masse de sang que le cœur droit du nouveau-né doit envoyer aux poumons pour subir l'hématose. Nous ne pouvons donc accepter la règle de conduite proposée par M. Budin dans les cas d'asphyxie bleue des nouveau-nés.

Les recherches de M. Budin sur les effets favorable de la ligature tardive ont été vérifiés en Alle-

magne par Schucking et en France par notre distingué confrère de Rouen, M. le Dr Hélot. Ce dernier a, de plus constaté que le chiffre des globules rouges présentait une moyenno plus élevée chez les enfants dont le cordon avait été lié tardivement.

Nous avons vu que Budin attribuait à l'aspiration thoracique la pénétration du sang dans le système vasculaire du fœtus. Cet afflux sanguin ayant sa cause déterminante dans les nouvelles fonctions du fœtus lui-même, serait donc absolument physiologique (A. Ribemont).

Une autre interprétation dûe à Schucking et Porack attribue cette pénétration à la contraction utérine qui chasse le sang, tenu en réserve dans la placenta, dans les vaisseaux du nouveau-né.

Des recherches récentes de M. Ribemont viennent confirmer la manière de voir de Budin.

C'est en mesurant la tension du sang dans les artères ombilicales d'une part et dans la veine ombilicale d'autre part que M. Ribemont a cherché a démontrer la réalité de l'aspiration thoracique.

Au moment de la naissance il ponctionne les vaisseaux du cordon a l'aide d'une petite canule particulière fixée à un caoutchouc, lequel est relié à un manomètre compensateur. Près de là est disposé un appareil enregistreur. Dans une première série d'expériences M. Ribemont s'est placé dans les conditions d'une ligature tardive.

Les tracés qu'il a obtenus lui ont montré :

1° Que la tension moyenne du sang dans l'artère, loin d'être inférieur à celle de la veine ombilicale, est, au contraire beaucoup, plus élevée.

En moyenne la tension artérielle fait équilibre à une colonne mercurielle de 63cm,7 de hauteur, celle de la veine à 33mm,48 seulement.

2° Que lorsque l'enfant respire doucement et que la dilatation pulmonaire se fait d'une façon progressive et continue, la ligne qui indique le tension veineuse reste à peu près horizontale ou ne s'abaisse que lentement. Si, au contraire, l'enfant respire et crie fortement, avec des inspiration et des expirations prolongées, séparées par des intervalles plus ou moins longs, on voit sur la ligne du tracé de la veine une série de dépressions et d'élévations qui répondent aux mouvements d'inspiration et d'expiration.

3° Enfin, que la ligne qui indique la tension moyenne du sang artériel est, dans son ensemble, horizontale.

Dans une seconde série, M Ribemont place, avant de ponctionner les vaisseaux, une serre-fine puissante qui aplatit le cordon et interrompt la circulation fœto-placentaire. Dans ce cas de ligature immédiate :

1° La tension moyenne de l'artère n'est plus que de 54m/m,2 ; celle de la veine est de 51m/m,4, grâce à la réplétion dont elle est le siége ;

2° La tension moyenne de l'artère, loin d'être représentée par une ligne horizontale, l'est par une ligne oblique qui s'abaisse au fur et à mesure que l'enfant respire, de telle sorte que la tension moyenne de l'artère étant au début de l'expérience, c'est-à-dire au moment de la naissance, égale à 64m/m,78, n'est plus que de 48m/m,21 à la fin, lorsque les battements du cordon cessent.

La tension moyenne s'est donc abaissée de 16m/m,57, c'est-à-dire d'un peu plus du quart ;

3° Plus la ligature est faite rapidement et plus cet abaissement est considérable ; si l'enfant n'a pas respiré ; il peut aller à plus de 1/3 de la tension initiale.

M. Ribemont conclut de ces faits que, dans les cas normaux, l'aspiration thoracique est, chez le fœtus, la cause unique du passage du sang du placenta nécessaire à l'établissement de la circulation pulmonaire. Lorsqu'on a lié le cordon avant que l'enfant ait respiré, celui-ci emprunte à sa circulation générale le sang nécessaire pour remplir les vaisseaux de la petite circulation, de là l'abaissement de sa tension artérielle.

En outre, d'aprés Budin, Schücking et Ribemont, la délivrance est rendue plus facile aprè la ligature tardive et le passage de l'arrière faix à travers l'orifice interne du col rencontre moins d'obstacles.

II. — *Du passage de la tête fœtale à travers le détroit supérieur rétréci dans la présentation du siége.*

M. le Dr Champetier de Ribes, dans un travail très bien fait et trés intéressant, étudie le mécanisme du passage de la tête dernière dans un bassin rétréci au détroit supérieur dans son diamètre antero-postérieur.

Voici les résultats auxquels il a été conduit par l'expérimentation et l'observation :

La tête se dirige d'abord transversalement et s'incline en arrière. Dans cette situation un des côtés de la tête est antérieur, l'autre postérieur. La tête s'incline d'abord sur son côté postérieur de telle manière que la base du crâne franchit le détroit supérieur en se plaçant de champ, le bord postérieur descendant le premier. Il en résulte que la base du crâne presque irréductible peut s'engager cependant sans grand déploiement de force à travers une ouverture moins large qu'elle même ; en effet des têtes de fœtus à terme dont la base offre, en général, un diamètre transversal de 75 millimètres ont pu être engagés dans un bassin dont le diamètre promonto-pubien n'avait que 67 millimètres d'étendue.

La tête continue à descendre en conservant cette inclinaison et, par conséquent, la partie postérieure de la voûte s'engage plus profondément que l'antérieure, jusqu'au moment où la bosse pariétale arrive, en arrière, au niveau du détroit supérieur.

En même temps la tête se fléchit et se porte en masse dans la moitié du bassin où se trouve l'occiput ; elle pivote de telle sorte que la bosse pariétale postérieure se loge dans l'encoche formée par la réunion du promontoire avec l'aileron du sacrum et s'arc-boute contre l'arète qui limite, en ce point, l'ouverture du bassin, tandis que la suture fronto-pariétale se trouve en rapport avec la partie la plus saillante du promontoire. Le côté antérieur de la voûte exécute alors un mouvement de bascule autour de la bosse pariétale immobilisée et les parties qui appuient contre le pubis franchissent le détroit. La bosse pariétale antérieure passe donc avant la postérieure.

Une forte flexion de la tête est la condition qui favorise le plus sa descente.

Quand la tête est bien fléchie, l'apophyse malaire ne s'accroche plus au pourtour du détroit supérieur ; le glissement, le tassement dans la moitié du bassin qui loge l'occiput se fait facilement ; la suture fronto-pariétale peut, en arrière, se placer au devant de la partie la plus saillante du promontoire.

Les moyens à employer dans ce cas sont les tractions sur le maxillaire inférieur avec un ou deux doigts introduits dans la bouche. En général, on tire surtout sur la base du cou ou sur les membres inférieurs, les doigts placés dans la bouche ne servant que comme point d'appui pour empêcher la déflection de la tête. A l'exemple de Smellie et de Mathews Duncan, M. Champetier de Ribes, conseille de tirer franchement sur le maxillaire inférieur, surtout quand on a affaire à un fœtus avant terme. Dans ce cas pour briser un os il faut déployer une force supérieure à 20 kilogrammes, et on n'est guère exposé à produire cette grave lésion. Une grande prudence est d'ailleurs nécessaire.

En fléchissant ainsi la tête, on détruit l'obstacle principal à sa sortie, qui est l'accroche-ment de l'apophyse malaire contre la branche du pubis ; de plus, à mesure que la flexion se produit, le diamètre occipito-mentonnier tend à devenir parallèle à l'axe du détroit supérieur, et la tête présente des diamètres autero-postérieur de plus en plus petits, et, par conséquent, une circonférence qui se loge plus facilement dans une moitié du bassin.

Lo doigt introduit dans la bouché a encore l'avantage de diriger le mouvement de rotation, le complète et quand la tête est dans l'excavation, rend encore les plus grands services pour surmonter le dernier obstacle que les parties molles opposent à la délivrance.

Il sera bon, en outre, d'exercer des tractions sur le cou et sur les membres inférieurs. Elles devront être dirigées d'abord un pou en avant, et ensuite quand la tête est bien fléchie, très en arrière.

Enfin, on fera exercer par un aide et avec la paumo de la main l'expression portant sur la région frontale du fœtus et dirigée suivant l'axe du détroit supérieur. On favorise aussi le mouvement de flexion et de déplacement de la tête du côté du bassin où se trouve l'occiput ; puis, on aide à sa descente dans l'excavation.

On peut grâce à ces procédés extraire un enfant vivant chaque fois que le diamètre bi-parcétal de la tête ne surpasse pas le diamètre autero-postérieur du bassin, d'une longueur de plus de 15 millimètres environ.

On peut dans ces manœuvres fracturer le pariétal, quand la forcc totale employée atteint 35 à 40 kilogrammes chez un enfant à terme, 20 à 22 kilog. chez un enfant avant terme ; on peut exercer une traction de 25 kilogrammos sur le maxillaire sans amener de frature ; enfin la colonne vertébrale s'est rompue trois fois sous un effort de 50 kilogrammes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 août.

— M. *Bouillaud* présente la comparaison de deux théories sur les battements des artères et les mouvements du cœur de systole et de diastole ; l'une est celle de Harvey, auquel on doit la découverte de la circulation du sang ; l'autre est celle que M. Bouillaud appelle la théorie moderne.

Après avoir longuement exposé la première et fourni les bases de la seconde, il fait appel à son confrère, M. Marey, relativement au *sphygmographe*, petit appareil inventé par co dernier pour déterminer les battements des artères. Si, d'après cet instrument, le pouls artériel normal ne donne qu'un seul signe de battement, ce qui est opposé du tout au tout à la théorie nouvelle des battements des artères, il en résultera nécessairement, ou que cette théorie n'est pas exacte, ou que l'instrument inventé pour la décrire ne l'est pas. Dans le cas où M. Marey affirmera que le sphygmographe représente bien exactement les mouvements artériels et qu'il n'existe pas de *dicrotisme* à l'état normal, il donnerait gain de cause à la théorie de Harvey et condamnerait celle qui a reconnu dans les artères un double mouvement dc systolo et de diastole. M Bouillaud ajoute qu'il lui en coûtera néanmoins pour se soumettre à cette condamnation.

— M. *Ranvier* expose les propriétés vitales des cellules et dit qu'ayant opéré sur des grenouilles, il a constaté dans les cellules de la cornée l'apparition de leurs noyaux après la mort. Il explique ce fait en disant que, pendant la vie, les noyaux ne se montrent pas, parce que leur réfringence est très-voisine de celle du protoplasma qui les entoure, mais qu'après la mort, il survient des modifications du protoplasma cellulaire et notamment une diminution de sa réfringence.

— MM. *G.* et *F. Hoggan* (de Londres) ont transmis à M. Robin une description détaillée des lymphatiques du périchondre. Cette description a une portée plus étendue qu'il ne paraît d'abord, parce qu'il en ressort l'exactitude de ce principe fondamental, savoir que ces lymphatiques ne sont propres à aucun tissu spécial, mais qu'ils sont simplement des canaux d'écoulement appartenant aux surfaces périphériques où s'étalent les réseaux d'origine, tandis que les lymphatiques efférents qui en sortent, traversent les parties plus profondes. Sous le rapphysiologique, les lymphatiques sont des dépendances des tissus en dehors desquels ils se trouvent, tandis que, sous le rapport morphologique, la forme ou la disposition des lymphatiques est modifiée par le caractère propre du tissu contigu.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Rapport presenté à la Société locale de la Gironde par M. le Dr Lande sur la question des assurances mutuelles entre médecins, le 5 avril 1879.

(Suite.)

2 L'absence d'un capital de réserve. Le seul moyen de parer au dommage considérable qui résulterait d'un semblable événement, ce serait d'avoir un fonds de réserve, un capital social. M. le Dr Laborde pense tout d'abord que ce fonds de réserve ne serait pas nécessaire, M. le Dr Trolard, au contraire, en admet la nécessité. « Mais où est donc l'impossibilité d'avoir ce capital ? L'Association n'est-elle pas là ? Au lieu de placer son argent en rentes sur l'Etat ou ailleurs, pourquoi ne le placerait-elle pas chez nous ? Est-ce même une simple hypothèse que d'admettre que les médecins riches, qui donnent si volontiers à l'Association, ne déposeront pas chez nous avec la certitude d'un bon rapport ? » M. le Dr Trolard n'a pas songé, en écrivant ces lignes, que, si elle suivait les indications qu'il fournit ici, *la Prévoyance médicale* tomberait dans les errements des Compagnies. Quel est donc le principal reproche adressé par M. le Dr Laborde à ces Compagnies ? Celui de rapporter surtout à leurs actionnaires. Quelle est, d'après lui, la cause du taux élevé de leurs primes ? La nécessité de verser de gros intérêts à ceux qui ont fourni lo fonds de réserve, le capital social.

M. le Dr Laborde a oublié ce reproche et ce grief quand il a écrit dans son second article : « Que faut-il ? Simplement le dépôt d'un cautionnement, dont le maximum exigible serait facilement réalisé par la participation d'un certain nombre d'actionnaires de bonne volonté, qui sont les heureux et les riches de la profession, et qui s'empresseraient, j'en suis convaincu, d'apporter leur concours efficace à cette Œuvre confraternelle ; ce concours, d'ailleurs, ne serait pas purement gracieux, puisqu'il entraînerait, de soi, une participation privilégiée, quelque modeste qu'elle fût, aux bénéfices du placement. »

Si nous devons, pour éviter les accidents des premières années, donner « un bon rapport » ou « une participation privilégiée » aux capitaux qui nous seront confiés par l'Association générale ou par des Confrères fortunés, nous serons obligés d'élever no-

tarifs et de verser une prime plus forte que celle qui a servi de point de départ aux calculs de M. le Dr Laborde.

Ainsi, pour résumer ces deux premières objections, il suffirait que le chiffre des décès survenus parmi les souscripteurs de *la Prévoyance médicale* fût, par suite de conditions spéciales, plus nombreux que ne l'indiquent les tables de mortalité, pour que, dès la première année, les affaires de la Société fussent gravement compromises. Le seul moyen de parer à cette fâcheuse éventualité serait d'avoir une mise de réserve, un capital social, et c'est précisément avec cette mise de réserve, ce capital social, que s'établissent les Compagnies; mais alors il faudrait servir l'intérêt de ces fonds, et ce service d'intérêt absorberait une partie des bénéfices de l'Association ou du moins obligerait à élever notablement le taux des primes annuelles.

3° Les frais d'installation et de gestion seront considérables. Je n'avais pas soulevé cette objection et je ne m'y arrêterai pas longuement. M. le Dr Laborde admet que ces frais pourront s'élever à 27,000 francs par an. Je ne réclamerai pas, puisque je l'ai dit; j'accepte les chiffres qu'il établit. Je ferai seulement remarquer à M. le Dr Trolard qu'il est vraiment par trop optimiste, quand il dit: « Les Trésoriers de l'Association de chaque département ne pourront-ils donc pas se charger de la rentrée des fonds et sans aucun frais? » Il ne s'agira plus ici de notre modique cotisation annuelle de 12 francs, et encore son recouvrement coûte-t-il souvent 50 centimes ou 1 franc, mais de sommes importantes à toucher, à placer, à retirer, à verser, toutes opérations nécessitant l'intervention de gens qui, soit dit en passant, et sans blesser messieurs les banquiers et les agents de change, tous gros manieurs d'argent, en gardent toujours quelques parcelles à leurs doigts.

4° Notre léthalité particulière Dans ma lettre à M. le Dr Laborde, je disais: Nous constituons ce que l'on appelle un très mauvais risque; nous mourons jeune, notre léthalité est au-dessus, notre vie moyenne au-dessous de la moyenne générale. D'après Bertellon, la mortalité des médecins n'est dépassée que par celle des aubergistes et des marchands de spiritueux. D'après Casper, le quart des médecins à peine atteint la durée ordinaire de la vie humaine. Un cinquième seulement arrive jusqu'à un âge compris entre quarante-cinq et soixante ans, et il n'y en a qu'un sur seize qui dépasse soixante ans. Madden Lombard, Neufville, Ercherich, Chenue, Stratton, ont publié des statistiques qui toutes concourent à démontrer notre faible longévité. »

Pour M. le Dr Trolard, rien n'est moins prouvé que cette léthalité particulière aux médecins, et les statistiques que je viens de citer sont de beaucoup trop fraîche date pour avoir quelque valeur scientifique; il ne faut s'en rapporter qu'à la table de Deparcieux. M. le Dr Laborde est moins absolu « Vous vous exagérez beaucoup, me répond-il, l'influence de cette léthalité relative sur les résultats d'une Association de la nature de celle dont-il s'agit. En effet, en adoptant le chiffre de un cinquième que vous donnez, d'après Casper, comme représentant la proportion des médecins qui arrivent jusqu'à l'âge de cinquante ans, savez-vous à quel chiffre de mortalité on arrive dans la période de vingt-cinq ans (de l'âge de vingt-cinq à cinquante), en prenant toujours pour base le nombre de 1,000 associés? Précisément au chiffre de 200 (1.000 divisé par 5). Or, ce chiffre de 200 est même inférieur à celui de 249,55, qui résulte des tables de mortalité générale de Déparcieux, et que j'ai adopté. »

Je ferai remarquer à mon honorable confrère le Dr Laborde, qu'il commet ici une grosse erreur de calcul : en effet, si nous admettons, avec Casper, que un cinquième seulement des médecins arrive à cinquante ans, sur 1.000 il n'y en aura que 200 survivants à cet âge (1.000 divisé par 5), et la mortalité aura été de 800 et non de 249,55, comme l'indique Déparcieux, pendant la période écoulée entre vingt-cinq et cinquante ans. Il y a loin, on le voit entre ces deux estimations.

Je ne veux point, cependant me servir de ces tables de mortalité qui attribuent à notre profession une léthalité spéciale; je m'en tiendrai aux tables de mortalité générale de Déparcieux pour les calculs que j'aurai à faire plus loin, et que j'établirai, je le répète, avec les chiffres mêmes choisis par M. le Dr Laborde.

Mais je maintiens, malgré tout, le bien fondé de mon affirmation, que notre profession est une de celles qui présentent les plus mauvaises conditions hygiéniques, qui exposent le plus souvent au danger et à la mort. Appelé hors de chez lui par tous les temps, à toute heure de jour et de nuit, exposé chaque jour à des fatigues sans cesse renouvelées, et que ne peuvent réparer un repos réglé ou une alimentation regulière, passant la majeure partie de son temps dans l'atmosphère empoisonnée des chambres de malades, allant au devant de toutes les contagions, le médecin paye un large tribut à la mort.

Ce n'est pas après une année pendant laquelle l'internat des hôpitaux de Paris a été, pour ainsi dire, décimé par la diphtérie, et où la médecine navale de notre pays vient de donner un si noble exemple d'abnégation en marchant à une mort certaine; ce n'est pas au moment où quelques-uns de nos confrères, mus par une pensée généreuse, demandent une récompense nationale pour les veuvés de ceux d'entre nous qui succombent dans l'accomplissement de nos devoirs professionnels; au moment où nous-mêmes nous demandons que l'on grave sur le marbre de nos hôpitaux le nom de nos pairs morts au champ d'honneur, qu'il convient de dire que la Parque nous épargne.

Et ce n'est point un reproche que je fais à mes confrères; ce dédain de la mort est notre bravoure à nous, comme les soldats d'élite s'élançant au combat, quand des vides se produisent parmi nous, nous serrons les rangs et nous continuons notre marche en avant. Mais que chacun de vous regarde à ses côtés et regarde derrière lui! Combien il en est qui ne verront plus près d'eux l'ami, le compagnon d'études avec lequel ils ont joyeusement commencé la journée, et qui est tombé là-bas sur la route, frappé souvent dès le début de la carrière. Il est bon, devant le danger, de ne pas trop songer à ces morts; mais il ne faut pas non plus les oublier, il ne faut pas les désavouer; ils sont notre honneur et notre gloire, et leur exemple notre soutien! *Decus et præsidium!* *(A suivre).*

LA BRITISH MEDIDAL ASSOCIATION
à Cork (Irlande).

Nous sommes en mesure, grâce à l'obligeance de notre complaisant ami M. le Dr. Seguin, de New-York City, de donner aux lecteurs du *Progrès médical* une idée d'ensemble de l'importante session de l'Association Britannique tenue à Cork du 5 au 8 août.

Comme les précédentes réunions de cette élite des médecins anglais, la session de Cork a été l'occasion de communications du plus haut intérêt. Un nombre considérable de membres, plus de six cents, étaient réunis dans les salles du Queen's College et assistés de membres honoraires venus de l'étranger et parmi lesquels il nous faut citer : MM. **Charcot,**

Ball, Guéneau de Mussy, Gallard, Lutaud, Boggs, Bonnafont (France), Cordes (Genève), Hirschberg, Lieb, Martin (Berlin); Agnew, Loring, Seguin (Elder), Sayre, Sayre (Junior), Beard, Palmer, Turubull, Byford, Yandell (Etats-Unis); Giaciuto (Turin), etc.

Le bureau était composé de MM. R. W. Falconer, *président sortant*, Denis C. O'Connor, *président élu;* H. Macnaughton Jones, *secrétaire honoraire;* Ringrose Atkins et D. C. O'Connor (Junior), *assistants.* Grâce au bureau at au concours du comité du Muséum, composé de MM. Pearson, Gelston-Atkins et Harvez, l'installation matérielle des séances de sections et des réunions générales paraît rien avoir laissé à désirer.

Il est inutile de dire que l'hospitalité la plus large a été pratiquée par la municipalité et par les citoyens de Cork. Le récit des fêtes données par la ville et par les différentes compagnies savantes de l'Irlande et l'indication des nombreux toasts portés aux médecins étrangers remplissent plusieurs numéros du *Cork Constitution;* nous y trouvons également les réponses de MM. Charcot et Sayre qui, à plusieurs reprises, ont témoigné des vœux que formaient les médecins étrangers pour le succès d'une fondation scientifique d'un caractère aussi élevé que celui de l'Association Britannique.

En dehors des questions soumises à la discussion, plusieurs communications ont été faites, nous citerons de suite celle que notre compatriote M. Bonnafont a faite sur l'hygiène publique; et la motion présentée par M. Seguin (et adoptée par l'Association) de nommer une commission chargée d'étudier les moyens d'introduire le système métrique en Angleterre. C'est là un point auquel M. Seguin consacre tant de temps et de zèle, qu'il est à espérer de voir bientôt le succès répondre à une tentative dont l'utilité n'est contestée par personnes en France.

Des discours importants ont été prononcés à l'ouverture des séances de section; dans la section de chirurgie, par M. W. Savory, F. R. S., sur « *les moyens propres à empêcher l'empoisonnement du sang dans la pratique de la chirurgie* »; dans la section de médecine publique, par M. Andrew Fergus. M. D., sur « *la médecine préventive ou médecine d'Etat* »; citons enfin, avec les éloges qu'il comporte, le remarquable discours par lequel M. A. Hudson a inauguré les travaux de médecine pure : l'orateur a choisi pour sujet : « *Laënnec, ses travaux et leur influence en médecine.* » Nous regrettons de ne pouvoir traduire *in extenso* cette intéressante étude, ce serait la meilleure façon de remercier l'auteur du choix si honorable pour notre pays.

Après avoir esquissé les grandes lignes de l'œuvre d'Hippocrate et de Morgagni (que l'auteur considère comme représentants de stages d'*aphorismes* et d'*observation* dans l'évolution de médecine), M. Hudson présente Laënnec comme l'introducteur de la *méthode* en médecine : étudiant ensuite l'œuvre du maître, il en démontre la simplicité grandiose, et, se reportant à l'époque de ces découvertes nouvelles, l'auteur anglais nous en indique nettement l'influence perturbatrice et féconde : c'était, dit-il, l'avènement d'une méthode nouvelle, celles des faits, venant remplacer celle des conceptions philosophiques; étudiant ensuite la question de la tuberculose, d'après Laënnec, M. Hudson montre quel retour sensible s'est fait aux théories du maître, tout en reconnaissant la part que l'histologie peut légitiment revendiquer dans l'interprétation des lésions pulmonaires de la tuberculose. Le discours de M. Hudson se termine par quelques lignes élogieuses en faveur de Murchison dont il compare le caractère et l'esprit scientifique aux qualités semblables de notre grand Laënnec.

L'Association britannique a décerné sa médaille d'or à M. J.-H. Reynolds, chirurgien major, dont la bravoure et les « services professionnels extraordinaires » avaient été remarqués au mois de janvier dernier dans le Zululand.

L'Association britannique a décidé que son prochain meeting aura lieu à Cambridge; il promet d'être aussi important que celui de Cork, et nul doute que la vieille cité universitaire n'ait à cœur de recevoir d'une façon aussi magnifique, ceux d'entre les 7,810 membres de l'Association britannique qui participeront au congrès de 1880.

(Progrès Médical). HENRY DE BOYER.

VARIÉTÉS

DES DÉFORMATIONS DU CRANE CHEZ LES ALIÉNÉS, LES ÉPILEPTIQUES ET LES CRIMINELS.

Dans une des dernières séances de la Société d'anthropologie, M. le professeur Broca a présenté le crâne d'un individu originaire de Toulouse et décédé à l Hôtel-Dieu de Paris.

Dans cette région il se pratique, chez les nouveau-nés, un genre de déformation spéciale qui donne à la tête une forme pointue. Un peu au-dessus des orbites, la voûte du crâne forme, jusque au-delà du bregma, un plan incliné. Lorsque, après l'avoir scié horizontalement, on voulut enlever la calotte crânienne, on ne put y réussir sans couper la dure-mère qui était anormalement adhérente sur toutes les parois de l'os.

Un fait très-curieux et qui prouve bien que cette déformation n'est pas inoffensive, c'est qu'à Toulouse elle est plus commune dans la population de l'Asile des aliénés que dans la population ordinaire. La Haute-Garonne, d'autre part, est un des quatre départements où il y a le plus d'aliénés, et le crétinisme entre pour la grande part dans le relevé statistique des cas de folie de la région.

Nous rapprocherons de ces faits, si intéressants, les cas d'épilepsie par malformation du crâne, sur lesquels M. le professeur Lasègue a appelé l'attention des médecins. C'est vers l'âge de 11 ans que cette variété d'épilepsie se montre. C'est à ce moment, en effet, que s'achève le travail de consolidation de la boîte crânienne qui, par suite de l'ossification de ses scissures, conservera désormais une forme fixe. Quand la malformation porte sur un des os de la voûte, le libre jeu qui est laissé au développement de ces os rendra possibles des compensations qui peuvent annuler, en tout ou en partie, les effets fâcheux de ce vice de développement. Mais si la malformation porte à la fois sur les os qui s'attachent à la base et à la face, il n'en sera plus de même. Il se produit alors une *asymétrie* de la base crânienne qui porte aussi sur la face. D'après les recherches nombreuses de M. Lasègue, l'*asymétrie épileptogène* s'accuse par une saillie plus ou moins notable d'une des moitiés du frontal, beaucoup plus fréquente à droite. Cette saillie occupe, le plus souvent, la région sus-orbitaire et se constate à la fois par la vue et le toucher : par le toucher, en appliquant simultanément les deux mains sur le front du malade et en exerçant un palper répété et attentif; par la vue, en faisant renverser la tête en arrière, de manière que la partie moyenne du frontal se dessine comme ligne d'horizon.

Les déformations du crâne jouent donc un rôle, sans aucun doute, **important** dans certains cas de

troubles cérébraux, tels que l'épilepsie, l'idiotie, la folie. M. le Dr Bordier (Société d'anthropologie) a prouvé de plus, par l'examen comparatif de *trente-cinq crânes d'assassins*, que nous pouvions leur assigner une place dans l'étiologie du crime.

En général, ces crânes ont un volume considérable. M. Bordier les rapproche, sous ce rapport, des crânes préhistoriques.

Ces grandes capacités crâniennes s'associent souvent à des anomalies du cerveau, dont on ne peut juger sûrement le sens et la portée. En voici un exemple bien remarquable : tout récemment, ayant eu dans son service un homme d'une intelligence tout-à-fait au-dessous de la moyenne, M. Broca constata que la capacité de son crâne dépassait pourtant 1500 centimètres cubes. Il y avait lieu de s'étonner. Le savant professeur examina le cerveau, et vit alors, à la surface interne de l'hémisphère, la circonvolution limbique présenter *une conformation propre à certains pachydermes*.

M. Bordier a trouvé sur les crânes de criminels des lésions et des anomalies nombreuses. L'histoire de leurs propriétaires confirme les inductions tirées par l'auteur de l'étude anatomique de leur crâne : « Chez tous, dit le savant anthropologiste, on a pu voir s'unir, en proportions variables, l'atavisme, l'activité pathologique et surtout le défaut d'équilibre entre les *facultés frontales* et ce qu'on pourrait appeler provisoirement les *facultés pariétales*, celles qui disposent à l'action. Presque toujours ce défaut d'équilibre est dû, à la fois, à l'affaissement des premières et à l'exagération des secondes. L'hérédité est manifeste dans plusieurs cas.

» Tantôt la monstruosité cérébrale dont ils sont affectés est le résultat d'une évolution antérieure à la naissance, tantôt elle est le résultat d'une évolution pathologique postérieure à la naissance. Il est bien clair que les conditions de milieu social et familial, que le mauvais exemple, sorte de contagion, le défaut d'éducation et d'instruction, l'absence en un mot de tous les procédés d'*orthopédie cérébrale* viennent retarder ou faciliter la marche de ce processus et que la cause déterminante, occasionnelle, peut se faire attendre plus ou moins longtemps et même manquer.

SUR L'INVERSION DE L'INSTINCT SEXUEL.

A propos d'un cas intéressant d'inversion de l'instinct sexuel, nom que le professeur Westphall donne au penchant sexuel pathologique d'un individu pour ceux de son sexe, M. Arrigo Tamassia a résumé, dans un article fort intéressant, les cas de ce genre connus — douze en dehors des deux mentionnés par Westphall — et il cite le cas suivant observé par lui-même et qui ne manque pas d'intérêt.

P.-C. Bauernsohn est le fils de parents qui ne sont pas absolument malades d'esprit, mais qui pourtant, d'après l'auteur, ne peuvent pas être considérés comme parfaitement sains, le père étant d'une irritabilité nerveuse excessive, enclin à l'emportement excentrique, etc.; la mère, hystérique, tantôt extraordinairement bavarde, tantôt d'un mutisme obstiné ; de ses frères, l'un et presque idiot et l'autre d'un caractère excentrique. Lui-même fréquenta l'école dans son enfance sans beaucoup de profit, et l'observa alors déjà et plus tard presque automatiquement, mais avec une prédilection très-marquée, toutes les pratiques religieuses, même les plus absurdes.

Depuis l'âge de quinze ans jusqu'à dix-sept ans, lorsqu'il était déjà domestique, il recherchait de préférence la société des jeunes filles ; taciturne et morne parmi les homme, il se trouvait à son aise avec les filles ; il prenait part à toutes leurs occupations, il leur racontait souvent des histoires miraculeuses, incroyables, et affectait autant de réserve qu'une jeune fille si quelqu'un disait un mot à double entente. Il portait ses cheveux très-longs ; il tâchait de se donner une tournure féminine par son habilement, et se fit passer enfin auprès de tout le monde pour une femme ; adoptant les habits de femme, sans se laisser déconcerter par les railleries, se conduisant absolument comme une femme, il finit par prétendre qu'il avait eu des rapports sexuels avec les hommes et qu'il était accouché d'un fils Il sut enfin s'entourer d'un mystère tel qu'on l'appelait, moitié en plaisantant, moitié par superstition, « l'homme-femme ». Il serait trop long de raconter toutes les aventures par lesquelles passa notre individu. Il fut enfin obligé de reprendre des vêtements d'homme, ne trouvant pas d'ouvrage autrement ; mais à la maison, et dans les circonstances qui lui paraissaient s'y prêter, il reprenait le costume féminin, et il en garda toujours un parmi ses hardes. Il passa ainsi d'un village à un autre, ne séjournant jamais longtemps au même endroit, et s'adonnant de préférence aux travaux féminins. Une investigation sur l'état de sa santé mena à la découverte d'un petit larcin, dont il ne s'était manifestement rendu coupable que par vanité et par goût pour la parure féminine

Tout en niant résolument d'avoir commis le vol, il portait ostensiblement au doigt une bague dérobée, de peu de valeur ; il fut condamné, mais par égard pour son état intellectuel on ne lui appliqua qu'une peine légère. Pendant l'instruction, il fut soumis à un examen minutieux de médecine légale. Cet examen ne donna pas de résultat positif. Il avait alors trente-trois ans. Il a des formes plus arrondies que les hommes en général ; ses hanches sont plus larges ; il est peu velu sur le corps, porte ses cheveux longs, divisés au milieu comme les femmes, et frisés en partie ; quoique le visage soit soigneusement rasé, on voit distinctement qu'il pourrait avoir une barbe bien fournie. De grosses lèvres, sur lesquelles erre toujours un faible sourire ; la face, petite et avec une expression féminine, le fait paraître plus jeune qu'il n'est ; aucune difformité aux oreilles; prééminence normale masculine du larynx. Les poils sont fournis sur la région sexuelle, et s'étendent en pointe étroite sur l'abdomen, qui est peu velu. Il n'y a rien d'anormal aux parties sexuelles, ni à l'anus, où il n'y a même aucun signe de pédérastie passive. La voix est faible et en fausset mais cependant sonore ; il parle presque en chantant et d'une manière cadencée. Il ne donne que peu d'indications sur les fonctions de ses organes sexuels ; l'auteur croit qu'il y a eu jadis des rapports avec des femmes ou bien qu'il a pratiqué l'onanisme. Dans les dernières années il est certain qu'il n'a pas eu de commerce avec des femmes; aussi, ses organes de génération se trouvent dans un état de torpeur. S'il cherchait les personnes de l'autre sexe, ce n'était que pour vivre avec elles et comme elles, et pour leur raconter les histoires de son commerce avec des hommes et de son prétendu accouchement d'un fils. Parmi ses hardes, on trouva nombre de coussinets, etc., qui lui servaient à se donner, même dans ses vêtements masculins, l'air d'avoir des seins, des hanches, etc., à formes arrondies.

(*Revue internationale des sciences*).

CHRONIQUE

Les environs du Sénat. — Le retour du Sénat au palais du Luxembourg va faire activer les travaux d'édilité du quartier latin On sait que le grand triangle, qui a pour base la rue de l'Abbé-de-l'Epée et dont la pointe est au carrefour d'Enfer, a été morcellé. Entre le boulevard Saint-Michel et l'avenue de l'Observatoire, s'élèvent d'élégantes maisons neuves. A peine reste-t-il, de ce côté, du terrain pour deux ou trois immeubles. Entre l'avenue de l'Observatoire, la rue d'Assas et la rue de l'Abbé-de-l'Epée, se trouveront réunies l'Ecole de pharmacie, l'École des sciences et la Clinique d'accouchement.

La Clinique a déjà atteint sa hauteur. C'est un vaste bâtiment d'aspect simple, qui fait le coin de la rue d'Assas et de l'avenue de l'Observatoire, avec façade sur la rue des Chartreux. La maçonnerie en est à peu près achevée. L'aménagement sera complet en six mois.

L'Ecole de pharmacie est moins avancée. Commencée en avril 1877, elle ne sera pas achevée avant 18 mois. Elle se compose d'un vaste bâtiment ayant façade sur l'avenue de l'Observatoire, et ayant à l'arrière deux grands amphithéâtres, l'un pour la botanique et l'autre pour la chimie. Les laboratoires occupent une longue construction, perpendiculaire à la façade de l'avenue de l'Observatoire et qui s'étend jusqu'à la rue d'Assas. Entre ces deux bâtiments et les rues d'Assas et Michelet, s'étendra un vaste jardin botanique ayant au centre de belles serres. Ces serres existent déjà.

Entre l'École de pharmacie et la rue de l'Abbé-de-l'Epée, sur le terrain vague qui existe en cet endroit, s'élèvera l'École des sciences, décidée en principe, mais non encore commencée. L'École de pharmacie a sur l'avenue de l'Observatoire 104 mètres de façade ; la longueur du bâtiment affecté aux laboratoires est de 196 mètres, l'élévation de la façade ne comprend qu'un étage sur une hauteur totale de 13 mètres 65.

L'architecte de cet édifice est M. J.-Ch. Laisné, professeur à l'Ecole des beaux-arts.

L'ensemble de ces constructions, y compris quelques maisons ou hôtels privés sur la rue Michelet, qui s'élèvent simultanément, sera achevé au plus tard dans deux ans ; ce sera une transformation complète et des plus heureuses, grâce aux pelouses et aux vieux arbres de l'avenue, grâce à cette belle place de l'Observatoire et à la fontaine de Carpeaux.

Ce n'est pas changer de lieu que de passer à l'École de médecine en quittant l'École de pharmacie. Disons que les travaux de l'édifice élevé par M. Ginain avancent aussi avec rapidité. La façade de l'Ecole sur le boulevard Saint-Germain qui a 130 mètres de long est déjà à hauteur du plafond du rez-de-chaussée. Rien n'est fait encore du côté de la rue d'Hautefeuille et les constructions de l'Ecole pratique ne font encore que sortir de terre. La façade de l'École sur le boulevard Saint-Germain sera terminée dans un an et complétera dignement l'ensemble des constructions de cette belle voie.

* * *

On nous écrit de Moscou que, le 9 août, les délégués étrangers se rendirent à Thèmes, à l'exposition anthropologique, où ils furent reçus par la commission de l'exposition, M. le professeur Bogdanoff en tête.

L'exposition est disposée dans un immense manège ; elle est très-instructive et très-complète. Les invités parcourent les galeries rapidement. A l'issue de cette première visite sommaire, on leur présenta plusieurs types vivants qu'on avait amenés exprès pour cette circonstance. Nous signalerons trois Vogoules (homme, femme et enfant), plusieurs Samoïèdes, Lapons, un Karatéghinois, etc.

Le lendemain, 10 août, eut lieu, dans la grande salle de l'Université, la première séance générale de la Société des amis des sciences naturelles. Le bureau fut composé de la manière suivante : .

Président d'honneur : M. Hamburger, sous-secrétaire d'Etat au ministère des affaires étrangères.

Président : M. de Quatrefages.

Vice-présidents : MM. de Mortillet et le docteur Wankel (de Vienne).

Secrétaires (pour toutes les séances) : MM. Chantre, de Ujfalvy, les docteurs Magitot et Le Bon.

Après que M. Davidoff, vice-président de la Société de Moscou, eut souhaité la bienvenue aux invités étrangers et russes, que M. Bogdanoff, président de l'exposition, eut retracé l'historique de l'anthropologie en Russie et que M. de Quatrefages eut remercié chaleureusement les fondateurs de l'exposition, la parole fut donnée au docteur Broca, qui fit une communication des plus intéressantes sur les effets des déformations crâniennes sur le cerveau. Les assistants firent une ovation enthousiaste à l'illustre savant français.

M. de Kanitz (Autriche) parla ensuite sur les peuples slaves de la Turquie d'Europe ; M. de Mortillet offrit, au nom de M. Jules Ferry, ministre de l'instruction publique en France, une série de publications à la Société anthropologique de Moscou : M. le docteur Hamy fit une communication sur les peuples du Soudan ; M. Zograff, voyageur russe bien connu, présenta à l'assemblée des Samoïèdes, des Lapons et trois Vogoules, et donna des renseignements précieux sur le type, évidemment mongolique, de cette curieuse peuplade ; enfin, M. Leshaft, professeur d'anatomie à l'Académie de médecine de St-Pétersbourg, fit une communication en russe sur la physionomonie.

A la fin de la séance, M. de Quatrefages proposa de voter des remerciements aux différentes autorités russes qui avaient tant contribué aux succès des explorations scientifiques. Il cita en première ligne le général Kauffmann, gouverneur général du Turkestan, qui, par l'intérêt éclairé qu'il porte à la science, a si généreusement protégé notre compatriote, M de Ujfalvy, lors de son exploration anthropologique en Asie centrale (1876-77).

* * *

Bibliothèque de la faculté de médecine de Paris. — Après un travail poursuivi sans relâche pendant près de deux ans, le cataloguement nouveau des 55,000 à 59,000 volumes qui composent la bibliothèque de l'Ecole de Paris est enfin terminé. C'est plaisir à voir maintenant ces vénérables dépositaires de l'intelligence humaine rangés avec ordre sur les rayons, débarrassés de leurs antiques, vilaines, informes, et presque illisibles étiquettes. Les nombreux *cataloguements partiels,* baptisés de noms bizarres, et qui gênaient tant les recherches, sont supprimés ; l'ordre a remplacé la confusion ; l'unification est accomplie. Plus de vingt mille volumes, couverts de poussière, à peu près abandonnés, presque introuvables, dormaient dans des greniers, dans des locaux abominables ; ils sont venus retrouver leurs frères de la salle de lecture.

Le système adopté est bien simple, et se trouve, du reste, conforme aux instructions d'une circulaire ministérielle. On a rejeté, avec raison, le rangement

méthodique et par matières sur les rayons, et l'on est revenu à la vieille coutume de nos ancêtres; c'est-à-dire que les ouvrages ont été distribués suivant leur taille ou, autrement dit, suivant leur format. Aux in-folio on a attribué un certain nombre de numéros, de 1 à 4,999, par exemple; les in-4° ont eu de 5,000 à 29,999, et ainsi pour les in-8° et les volumes *infrà*. Les publications périodiques, les recueils, les mélanges, les collections, les thèses, etc., forment un groupe à part, et sont signalés par une étiquette de couleur. De cette manière, l'on n'a pas à craindre les *refoulements* continuels que nécessitent les nombreux arrivants. On a raisonné avec l'idée d'une bibliothèque ultérieure de 100,000 ouvrages, et l'on a ainsi réservé l'avenir. L'inventaire, ou enregistrement d'entrée, le catalogue par *noms d'auteurs*, sont à jour. Il ne s'agit plus que de rédiger le catalogue par *matières*. On compte qu'il ne faudra pas un an pour le terminer. Nous savons de bonne source que l'Administration s'empressera de le faire imprimer, et qu'elle donnera ainsi satisfaction aux nombreux travailleurs (400 en moyenne, par jour) qui viennent interroger les riches collections de la bibliothèque de la Faculté de Paris.

*
* *

La statue de Claude-Bernard. — Sur l'initiative de la Société de Biologie une souscription a été ouverte pour élever un monument à Claude-Bernard. Le Conseil municipal de Paris vient d'autoriser la Société à ériger ce monument devant l'entrée principale du Collège de France.

*
* *

Retour du Dr Crevaux. — Le Dr Crevaux, médecin de première classe de la marine, a débarqué à Saint-Nazaire, venant de l'Amazone.

Le Dr Crevaux est de retour de son deuxième voyage d'exploration dans l'Amérique équatoriale, après avoir parcouru un itinéraire allant de Cayenne aux Andes, à travers des contrées inexplorées dont il a fait le tracé géographique.

*
* *

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par décret en date du 11 août 1879, M. Vergely, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, a été nommé professeur de pathologie générale à la même Faculté.

*
* *

Rectorat. — Par décret en date du 7 août 1879, M. Chancel, doyen de la Faculté des sciences de Montpellier, a été nommé recteur de l'Académie de Montpellier, en remplacement de M. Albert Dumont, nommé directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'instruction publique et des beaux-arts.

*
* *

Les tickets des étudiants. — Il est question de l'adoption prochaine d'une mesure excellente, dont la Faculté de médecine prendrait l'initiative et qui consisterait à mettre chaque jour gratuitement à la disposition des élèves des diverses cliniques un certain nombre de tickets d'omnibus et de tramways. Les élèves qui suivent les nombreuses cliniques de nos hôpitaux ont, en effet, beaucoup de trajets à effectuer dans un laps de temps fort court, s'ils veulent ne manquer aucune démonstration intéressante. La possibilité du parcours gratuit sur les différentes lignes d'omnibus facilitera leur travail et diminuera un peu leurs frais. Il est donc à souhaiter que cette mesure soit adoptée. Ces tickets ne seraient valables que de 10 h. du matin à midi.

*
* *

Les fougères comme alimentation. — Au Japon, pendant la belle saison, les habitants des hautes montagnes argileuses tirent presque toute leur alimentation des fougères, qu'ils nomment *Warabi*. Au printemps, ils en mangent les jeunes feuilles; plus tard, ils se nourissent avec l'amidon qu'ils extrayent de leurs racines, la préparation en est des plus simples. On commence par laver les racines pour en enlever la terre, puis on les concasse avec un maillet, ensuite on agite les débris dans des réservoirs d'eau formés par des troncs d'arbres creusés, et on envoie cette eau déposer l'amidon dont elle s'est chargée, dans des réservoirs analogues placés au-dessous. On obtient ainsi en amidon environ 15 0/0 du poids des racines employés. Chaque hameau a un emplacement spécial affecté à cette opération; les résidus de ces lavages y forment des masses considérables qui témoignent de l'importance de cette fabrication. C'est pour assurer la reproduction de ces fougères que les habitants incendient, tous les deux ou trois ans, les herbes et les broussailles venues à l'ombre des châtaigniers. Cette pratique déplorable, signalée précédemment, a dévasté toute la région; les arbres qui y ont résisté sont très-clairsemés; la plupart sont sur vieilles souches; leurs troncs portent des cicatrices profondes produites par le feu; les pieds, qui ont plus de 1 mètre 40 de circonférence, ont le cœur pourri. A quelque point de vue qu'on se place, on ne peut que regrotter de semblables usages.

(Union Médicale).

AVIS AUX MEMBRES FONDATEURS ET PARTICIPANTS.

Il sera fait, très-prochainement, un tirage à part du programme de la *Direction*, qui indiquera en outre à chaque destinataire son numéro d'inscription et donnera les renseignements qui nous ont été réclamés par de nombreux correspondants.

Il s'est produit quelques omissions inévitables dans l'expédition des deux premiers numéros. Nous avisons nos lecteurs que toutes les adhésions qui nous sont parvenues depuis l'envoi des premières circulaires, ont été maintenues *quelle que soit leur formule et leur date*. Par conséquent, ils peuvent réclamer les numéros qui leur manquent.

AVIS. — *Par application de la loi du 7 avril dernier, tous les bureaux de poste de France sont autorisés à recevoir les abonnements. L'administration du* Concours Médical, *prenant à sa charge la remise perçue par l'administration des postes, nos abonnés des départements n'ont qu'à verser, au bureau de poste de leur résidence, le montant de leur abonnement, tel qu'il est annoncé ci-dessus.*

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 9 30 août 1879.

BULLETIN DE LA SEMAINE.

La séance de mardi a été levée, après la lecture de la correspondance sur la proposition de plusieurs membres en raison du décès de M. Poggiale.

Ce distingué chimiste et physiologiste était membre du Conseil d'hygiène publique et du Conseil de santé des armées. Il avait successivement parcouru tous les échelons de la hiérarchie militaire depuis celui de sous-aide-major jusqu'au poste de pharmacien inspecteur. On a de M. Poggiale un certain nombre de mémoires et rapports parmi lesquels nous citerons son travail sur la formation de la matière glycogène dans l'économie animale (1858) et un rapport sur l'empoisonnement par le phosphore.

Signalons dans la correspondance une réponse d'un pharmacien des hôpitaux de Paris, M. Porte, à la communication de MM. Vulpian et Mourrut.

REVUES GÉNÉRALES

I

Des propriétés du Nitrite d'Amyle.

Le Nitrite d'Amyle ou Azotite d'Amyle ou encore Ether amyl-nitreux a pour formule atomique $C^{\cdot}H^{11}AzO^{2}$. Il a été découvert en 1874 par M. Balard et malgré cette date, ce n'est que de nos jours qu'il a été expérimenté et utilisé dans différentes affections.

Les expériences faites à son sujet sont nombreuses, on ne peut en dire autant des résultats obtenues. Néanmoins il est important de savoir à quel point en est l'étude expérimentale et chimiquo de ce médicament ne fût-ce que pour en éviter les dangers. Une excellente étude a été publiée à ce sujet par le docteur Dugau auquel nous ferons, à ce sujet, de nombreux emprunts. Nous disons brièvement quelques mots de ses caractères extérieurs, physiques et chimiques.

C'est un liquide mobile, jaune pâle, dont la couleur se fonce si on le chauffe plusieurs fois, mais qui revient à sa teinte première par le refroidissement. Son odeur et sa saveur rappellent celle des poires mures. Sa densité est de 0,87 7. Sa vapeur est un peu rutilante, elle est aussi irritante et caustique. Elle détonne à 260°.

Pour les différentes expériences qui ont été entreprises avec ce liquide on l'avait pris à la pharmacie centrale, et ce liquide présente encore les propriétés suivantes ; il rougit le tournesol, il se sépare de l'eau en formant une couche à sa surface, il se dissout dans le chloroforme l'ether et l'alcool. Enfin il brule à l'air avec une flamme blanche.

Guthrie en 1859 respira pour la première fois les vapeurs de cet ether et constata que son visage se colorait, tout à coup, en même temps que les pulsations cardiaques augmentaient en nombre, mais ce n'est qu'en 1863 que Richardeon s'occupa de son action physiologique

Le résultat des expériences des premiers auteurs qui s'occupèrent de son action physiologique peuvent se résumer ainsi : *Le Nitrite d'Amyle* produit : 1° une diminution de tension dans les artères, analoge à celle que produit une paralysie vaso-motrice ; 2° Une augmentation du nombre des contractions cardiaques et un abaissement de la pression sanguine.

En France, MM. les Dr Constantin Paul et Veyrières s'en occupèrent des premiers et nous nous souvenons en 1875 avoir assisté à l'hôpital St-Antoine à plusieurs essais de ce médicament, faits par M. Constantin Paul, sur des élèves de l'hôpital.

Le Docteur Bourneville s'est occupé à la fois de l'action thérapeutique et physiologique de ce médicament.

Lors qu'un homme respire quelques gouttes de Nitrite d'Amyle placées sur un mouchoir, les premiers phénomènes que l'on observe sont une coloration vive de la face et du cou, la chaleur de la tête et les palpitations, des battements des temporales, une saillie très marquée des veines du front, de la racine du nez ; une sensation de constriction, comparée par ceux qui en ont respiré à un cercle de fer qui étreindrait le crâne.

Si la dose est considérable, les phénomènes varient ensuite et l'on observe, d'après M. Bourneville, mais seulement au bout de quelque temps, une diminution du nombre des battements du cœur, alternant quelquefois avec une augmentation passagère et finissant par amener la mort par ralentissement et arrêt des battements du cœur avec distension exagérée du système veineux

On a observé un besoin irrésistible de bailler chez les animaux et chez les individus dans le coma épileptique, mais, chez ces derniers, c'est plutôt un mouvement de mâchonnement et de claquement des lèvres (Crichton Browne).

L'action du Nitrite d'Amyle sur le sang est des plus énergiques, et déjà en 1865 Richardson signalait la propriété d'entraver l'oxydation du sang et de le rendre noir. Si l'on pénètre plus loin dans l'analyse de ces phénomènes, on constate que le Nitrite d'Amyle et les Nitrites, en général, agissent sur les globules rouges en transformant l'hémoglobine en hématine acide dont on peut constater la raie par l'examen spectroscopique.

C'est donc un poison hématique. Ces faits ont été encore démontrés par MM. Jolyet et Regnard, et ce dernier dit dans sa thèse, « les nitrites agissent presque de la même manière que l'oxyde de carbone, « avec cette différence que leur action est moins « durable et que le globule reprend vite son pouvoir « absorbant. » On peut résumer cette expérimentation en disant : « Un animal soumis à une inhalation « de quelques gouttes de Nitrite d'Amyle présente « des phénomènes d'asphyxie bien caractérisés par « la diminution des combustions respiratoires. Le « sang artériel est profondément altéré par cet agent, « car si on examine les sang artériel on voit qu'il « présente une teinte noirâtre.... L'hémoglobine est « altérée, mais elle n'est pas détruite ; son action est « seulement suspendue, elle récupère, en général, ses « propriétés 24 heures après l'inhalation. »

Le radical *Amyle* n'est pour rien dans cette action.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'action exercée par le Nitrite d'Amyle sur la température M. Bourneville l'a trouvée abaissée sur vingt-sept épileptiques ou hystero-épileptiques, le Docteur Ladendorf prétend, lors de la rougeur de la face, l'avoir trouvée augmentée, dans la boucho, une heure ou deux après l'inhalation.

Il faut encore ajouter un obscurcissement de la vision et une t inte jaune des objets qu'on examine. Enfin signalons que ce médicament aurait produit des vomissements, des troubles de l'intelligence, du coma et de la rigidité musculaire.

Le résultat des recherches de M. Dugau et de M. François Franck, se résume à considérer *l'influence du nitrite d'amyle sur les vaisseaux comme une influence vaso dilatatrice active et non paralytique* permettant aux vaisseaux de se resserrer sous l'influence directe ou reflexe des nerfs vaso-constricteurs.

Quand on administre le nitrite d'amyle sous quelque forme que ce soit, injection sous-cutanée, ou inhalation, le cœur subit une accélération initiale peu marquée, puis se ralentit et l'empoisonnement continuant le cœur finit par s'arrêter en diastole.

C'est par la voie pulmonaire que le nitrite d'amyle a été administré chez l'homme; on verse quelques gouttes sur un linge et l'on fait respirer les vapeurs, on peut même en verser quelques gouttes dans le creux de la main et respirer les vapeurs lorsqu'on expérimente sur soi-même. M. Dechambre recommande de précipiter la respiration

On a employé, ou tout au moins essayé le nitrite d'amyle dans un grand nombre d'affections, nous allons passer en revue les principales; la dose employée est en général de cinq ou six gouttes.

Le nitrite d'amyle a été employé dans l'angine de poitrine, et M. Dugau signale quelques observations dans lesquelles il semble avoir diminué la douleur de l'accès et, dans un cas même, l'amélioration a persisté au point de simuler une guérison.

De là, le même médicament a été essayé dans des dyspnées de causes diverses, asthme, affection cardiaque, mais dans certains cas en particulier lorsqu'il existe de l'athérome des vaisseaux artériels l'emploi du nitrite d'Amyle paraît plutôt dangereux qu'utile

La rougeur de la face, si facile à constater chez ceux qui respirent du nitrite d'amyle devait le faire employer dans les cas où la face palit, aussi est-ce dans les syncopes et daus les lypothymies qu'il a surtout été employé. Dans ces cas son action paraît avoir été bonne et M. Veyrières rapporte un fait ou le nitrite d'amyle tirait de défaillances fréquentes un phthisique avancé.

Dans le même ordre d'idées le nitrite d'amyle a été employé contre l'épilepsie et l'hystérie, ici nous croyons devoir donner les conclusions du Dr Bourneville. « A partir du début de l'inhalation on peut sans inconvénient débarrasser les malades, de tous « les liens qui servent à les maintenir pour s'opposer « aux grandes convulsions. »

« Des mouvements de déglution, des nausées, ou « des vomissements, indiquent la fin de l'attaque. »

Après l'attaque « La céphalalgie est plus intense, « les malades voient en jaune. »

Au point de vue du retour des attaques, M. Bourneville ne conclut pas, il dit seulement : « généralement les malades n'étaient pas reprises d'attaques « dans la même journée où avait été faite l'inhalation. ».

« L'accoutumance s'établit très vite, d'où l'obligation « d'augmenter les doses, pour ainsi dire, à chaque « inhalation. »

« Pour éviter les accidents, s'abstenir pendant « quelque temps de l'emploi du nitrite d'amyle chez « les malades auxquels on l'aura donné plusieurs « fois dans un laps de temps assez court. »

Ces points nous ont paru assez importants pour que nous les publions entièrement.

On a employé encore le nitrite d'amyle dans l'éclampsie, dans la chorée, dans le tétanos, dans la folie, mais sans en obtenir grand résultats. Il a paru modifier momentanément l'état mental des mélancoliques.

Dans une affection bénigne, mais rebelle jusqu'ici à toutes les médications le nitrite d'amyle semble avoir de bons résultats je veux parler de la migraine il semble que des accès de migraine aient été calmés par l'inhalation de une ou deux gouttes de ce liquide mais c'est, dans ce cas surtout, qu'il est important de surveiller et d'empêcher l'abus des médicaments.

On l'a employé contre le mal de mer, il aurait supprimé les vomissements chez 121 malades sur 124? Il suffirait pour cela de 3, 4, 5 ou 6 gouttes.

Le dernier point sur lequel nous insisterons pour termine est le suivant. Le nitrite d'amyle combattrait les effets toxique du chloroforme.

Le nitrite d'amyle a été peu expérimenté en France, et le champ est vaste pour les recherches, mais il *faut bien se rappeler que le nitrite d'amyle est un poison hématique et l'on doit se montrer d'une extrême réserve à l'égard de ce nouveau médicament.* (Dugau).

II

DU TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE DES ENFANTS.

Trousseau commençait ainsi une de ses belles et magistrales leçons cliniques. « Il y a quelques jours, au moment où nous entrions dans les grandes chaleurs de l'année, je vous avertissais que probablement nous ne serions pas longtemps sans voir des cas de ce que nous appelons en France le *choléra infantile* ». C'est ce qui légitime suffisamment à cette époque de l'année une revue sur la thérapeutique des différentes formes de diarrhée des enfants.

Nous n'insisterons pas sur les différentes formes décrites par les auteurs classiques. Nous resterons dans la réalité clinique.

Un enfant dans les premiers mois de sa naissance étant pris de diarrhée, il peut se présenter plusieurs hypothèses. Ou bien il est allaité par une nourrice, ou bien il est élevé au biberon ou au petit pot. — Il faudra donc pour peu que cette diarrhée persiste, rechercher si sa cause ne réside pas dans le mode d'alimentation. On ne devra pas hésiter à changer la nourrice, si le lait est insuffisant. Quelques médecins conseillent, quand l'enfant est élevé au biberon, de couper le lait avec une quantité plus ou moins grande d'eau ou d'un liquide quelconque. Il y a là un écueil à éviter. D'abord il faudra proscrire le mélange du lait avec toutes les matières fermentescib'es et s'en tenir à l'eau pure. Puis il faudra se demander si la diarrhée n'est pas un symptôme d'athrepsie et, dans ce cas, en diminuant la qualité du liquide alimentaire on va directement contre l'indication à remplir.

Quelquefois aussi la diarrhée tient à un excès d'alimentation. Les premiers jours, l'enfant n'est capable de supporter qu'une petite quantité de lait à la fois. Il faut donc le présenter au sein toutes les heures, jusqu'après la deuxième semaine. Dès lors on ne le fera plus téter que toutes les deux heures. Cette excès de nourriture se traduit d'abord par de petites

régurgitations et un hoquet qui est regardé avec satisfaction par les commères.

Il faudra donc surveiller l'alimentation et la régler.

A l'époque de la dentition surtout, il faudra surveiller l'état des selles. La susceptibilité de l'estomac est grande et une surveillance éclairée préviendra parfois les troubles digestifs.

Enfin à l'époque du sevrage, le changement d'alimentation suffira à provoquer une diarrhée qu'il est quelquefois difficile d'arrêter. Le retour à l'alimentation lactée est indiqué. M. R. Blache conseille d'éviter autant que possible le bouillon chez les enfants dont l'estomac est susceptible.

L'usage des ceintures de flanelle prémunira l'enfant des refroidissements qui sont encore une des causes de la diarrhée.

Telle est, en peu de mots la prophylaxie de la diarrhée des enfants. Il faut bien savoir encore que la diarrhée simple, catarrhale, peut se transformer en diarrhée inflammatoire et se terminer en diarrhée cholériforme. Quand, donc, le flux catarrhal dure plus de deux jours, il faut songer à employer une médication active.

Dans les *cas simples*, on diminuera la quantité de la nourriture. On fera mettre des cataplasmes de farine de lin sur le ventre.

Les lavements avec une décoction de 100 grammes de graines de lin, de son, de semences de coings ou d'amidon, sont indiqués. On emploiera avec avantage de petits lavements avec 40 grammes d'une décoction d'amidon additionnée de 1 ou 2 gouttes de laudanum. M. R. Blache suit la conduite suivante: il fait prendre, d'abord, un grand lavement d'eau de camomille, suivi, au bout de 20 minutes, d'un quart de lavement d'amidon cuit, et il fait reprendre ces deux lavements successifs toute les fois qu'une série de 4 à 5 selles se reproduit dans l'espace de 6 à 10 heures.

Si la diarrhée persiste, on prescrira avec avantage un lavement de 100 grammes de mucilage de gomme adragant avec 5 à 10 grammes de borax (Bouchut).

M. R. Blache insiste sur une médication qui, en général, lui a donné de très-bons résultats; il fait prendre chaque matin, pendant trois, quatre ou cinq jours de suite une petite cullerée à café d'un *mélange par parties égales d'huile de ricin et de sirop de gomme,* simplement émulsionné en agitant le flacon au moment de donner le médicament.

Pour que cette médication réussisse, dit-il, il faut donner ce mélange à très-petite dose et en répéter l'emploi plusieurs jours de suite, trois ou quatre jours suffisent, en général pour modifier la nature des selles et pour en diminuer le nombre. Si en deux jours de traitement la diarrhée se modère sans disparaître on le suspend un jour, puis on redonne la même dose mais à jour passé. D'ailleurs on proportionnera la dose selon l'âge de l'enfant, *un gramme d'huile de ricin suffit avant six mois, et 2 à 3 grammes jusqu'à deux ans.*

M. Blache attache une grande importance au mélange de l'huile de ricin avec le sirop de gomme qui agit comme une poudre inerte et régularise l'action du purgatif. La dose doit-être minime afin d'éviter les superpurgations.

Quand la diarhée est abondante et que les selles liquides se répètent 12 ou 15 fois et plus dans les 24 heures, le même auteur modifie le mélange en en doublant ou en triplant la dose de sirop et en ajoutant du laudanum de Sydenham en petite quantité, de 1 à 3 gouttes dans les 24 heures suivant l'âge des enfants. S'il y a propension aux vomissements, on peut ajouter un peu d'eau de fleurs d'oranger, les doses du mélange seront plus rapprochées, par exemple, tous les 2 ou 3 heures. Il faut que l'enfant qui vient de prendre une dose du mélange purgatif ne reste pas plus d'une demi-heure sans prendre le sein ou une heure sans prendre un potage léger, suivant le genre d'alimentation auquel il est soumis.

L'huile de ricin est aussi prescrite par West sous la forme suivante :

Huile de ricin	3.00
Gomme pulv.	1.30
Sucre blanc	2.00
Teinture d'opium	0.20
Alcoolat de muscade	1.00
Eau de fleurs d'oranger	40.00

Une cuillerée à café toutes les 4 heures pour un enfant d'un an.

Dans les cas où il n'y a pas de ténesme quand les évacuations, bien que liquides, contiennent encore des matières fécales, un peu de mucus et pas de sang, West emploie la sulfate de magnésie et la teinture de rhubarbe. Ces médicaments lui ont donné d'excellents résultats.

Sulfate de magnésie	4.00
Teinture de rhubarbe	7.00
Sirop de Gingembre	5.00
Eau distillée de Carvi	32.00

Une cuillerée à café par jour pour un enfant d'un an.

A l'*époque de la dentition,* la diarrhée s'accompagne de troubles généraux plus ou moins graves, il y a quelquefois un mouvement fébrile plus ou moins intense et un état catarrhal des muqueuses qui indique l'emploi de l'ipecacuanha.

Ipeca 0.30 à 0.60.
Sirop simple 40 gr. m. s. a,

pour les enfants de un à deux ans, à prendre en deux fois à 10 minutes d'intervalle.

On peut réitérer la dose le lendemain, mais sans insister davantage.

De même que les vomitifs, les purgatifs sont encore utiles . Trousseau et West recommandent le *mercure éteint dans la chaux (Hydrargyrum cum creta)* administré à la dose de 5 à 10 centigrammes, soit seul, soit uni à une dose égale de poudre de Dower (West).

Le calomel à dose fractionnée répond aux mêmes indications.

L'usage des bains tièdes tous les soirs est fort utile, il répond à l'indication de calmer l'excitabilité du système nerveux.

C'est encore dans ce but qu'on emploie les formules suivantes (Bouchut) :

1. Eau de laitue	40 gr.
Eau de chaux	40 gr.
Sirop diacode	10 gr.
Teinture de Musc	2 à 4 gouttes,

à prendre par cuillerées à café toutes les demi-heures.

2. Eau de laitue	100 gr.
Eau de fleurs d'oranger	5 gr.
Sirop diacode	10 gr.
Sous-nitrate de bismuth	5 à 15.

à prendre par cuillerée à café dans les 24 heures.

Si les selles sont verdâtres, si l'haleine et les selles ont une odeur acide, on donnera l'eau de chaux, si les matières sont jaunes, le sous-nitrate de bismuth.

Ce dernier a été employé en lavement par M. Lasègue.

Sous-nitrate de bismuth	15 gr.
Mucilage de gomme adragant	60 gr.

pour un lavement.

Au bismuth nous pourrions joindre toute la série des absorbants : phosphate de chaux, magnésie décarbonatée, etc.

L'emploi des absorbants, du bismuth surtout est devenu banal et devrait être limité. M. R. Blache cite un cas où le bismuth eut, selon lui, pour effet de provoquer des convulsions. Il lui reproche aussi cette coloration noire des matières fécales qui empêche de constater exactement l'état des matières, et leur coloration qui a une si grande valeur chez l'enfant.

Il arrive que la sensibilité de l'estomac est telle, qu'il ost presque impossible de faire supporter un médicament quelconque par cette voie. Dans ces cas on appliquera sur l'épigastre, un cataplasme sinapisé. On suspendra toute nourriture, pour ne faire prendre, par intervalle, qu'une petite cuillerée à café d'eau ou d'eau d'orge froide. Sur la langue, on placera, en même temps, touteslos trois heures à 3 ou 4 reprises 0.015 de calomel associée à 0.005 d'opium. En général les vomissements cesseront après 4 ou 5 heures (West). On fera prendre des bains tièdes deux fois par jour ou même davantage.

Quand les symptômes aigus se sont calmés et que la diarrhée persiste, si la sensibilité de l'estomac continue, un dépérissement extrême se produit en très peu de temps. Parfois les vomissements peuvent n'être plus que le signe de l'épuisement général. Dans ce cas l'eau-de-vie à la dose de 20 grammes, administrée toutes les deux ou trois heures par quelques gouttes à la fois dans le lait coupé d'eau ou dans le liquide dont il se nourrit, arrêteront les vomissements et ranimeront les forces, on pourra remplacer l'eau-de-vie par la teinture de quinquina.

Quant la maladie est passée à l'état chronique, et qu'elle a le caractère dysenterique, les évacuations sont plus rares mais contiennent toujours du mucus, du pus ou du sang, il y a du tenesme ; les forces diminuent de jour en jour et l'émaciation est de plus en plus grande. Il y a alors deux indications à remplir : 1° *Arrêter la diarrhée* ; 2° *soutenir les forces* du malade jusqu'à ce que les ulcérations intestinales soient cicatrisées.

Les astringents sont alors indiqués et surtout le quinquina qui répond encore à la seconde indication. M. Bouchut donne 25 centigrammes d'extrait de quinquina en globules très ténus dans du sirop ou des conserves do fruits.

On a beaucoup vanté en Angleterre, l'acide sulfurique, qui à été introduit en France par Lepetit. C'est sous formo d'eau de Rabel qu'il est employé par M. Bouchut ; à trois mois, 30 gouttes dans 120 grammes do véhicule ; à deux ans, soixante gouttes, (8 à 10 cuillerées à café dans les 24 heures). Si l'enfant vomit il faut insister, la tolérance s'établissant à la 4e ou 5e dose. Citons encore l'extrait de ratanhia ou de monésia (25 centigrammes dans une potion) ; le tannin (10 à 15 centigrammes) ; le sulfate de fer recommandé par West et peu employé en France.

Sulfate de fer cristallisé	0.26
Teinture d'opium	0.30
Sirop d'écorces d'oranges	9.00
Eau de Carvi	35.00

Deux cuillerées à café toutes les six heures pour un enfant d'un an.

Quand il y a de la lientérie, on pourra essayer la pepsine neutre, la lacto-pepsine. Le Dr Tison y joint l'oxydede zinc, il donne une cuiller à café toutes les cinq heures de la mixture suivante :

Oxyde de zinc		1 gr. 50
Poudre de gomme adragante	ãã	7 gr. 50
Sucre blanc		
Lactopepsine		3 gr. 50
Eau de canelle		32 gr

Lavements : avec 50 à 60 grammes d'extrait de ratanhia dans 100 ou 160 grammes de véhicule ; avec 0,05 centigrammes de nitrate d'argent (Trousseau); avec 5 à 10 grammes de borax dans 60 ou 100 grammes de mucilage de gomme adragante. (Bouchut). La glycérine a donné aussi d'excellents résultats.

Dr James Tison emploie le chloral en lavement.

Hydrate de chloral	1.50
Eau amidonnée	60 gr.

Mêlez et faites une solution.

Une cuillerée à café à une cuillerée et demi pour un petit lavement répété deux ou trois fois par jour.

M. Bouchut recommande les bains avec le sel marin.

La seconde indication est de soutenir les forces. — On utilisera le quinquina, l'eau-de-vie. Si l'enfant est sevré, on surveillera avec soin son alimentation, West a remarqué que les matières farineuses: Sagou et Arrow-Root, parcourent souvent le tube digestif sans aucun changement.

Il recommande alors le thé de bœuf, ou de veau, sans sel et froid, par petites quantités, à courts intervalles.

Enfin dans les diarrhées rebelles du sevrage, le traitement par la viande crue joue un rôle capital. Cette médication a été introduite en France par Trousseau et elle est aujourd'hui entrée dans la pratique courante.

On commence par une dose de 25 grammes par jour qu'on élève jusqu'à 100 à 150 grammes dans les vingt-quatre heures. On doit, en même temps, supprimer toute espèce d'aliment et même toute boisson, autre que des boissons nutritives. Or pour Trousseau, la boisson nutritive par excellence c'est l'eau albumineuse, qui, agréable au goût est prise par les enfants sans aucune espèce de difficulté. — Le grand inconvénient de ce régime est le développement des tœnias.

On aidera l'action de la viande crue et on en facilitera la tolérance en administrant l'opium à doses très minimes. Parfois la teinture de noix vomique, une goutte seulement, et l'acide chlorhydrique à la dose d'une goutte ou deux par jour rendent les plus grands services.

Nous n'insisterons pas sur la médication par la viande crue, elle est suffisamment connue dans tous ses détails.

Un point sur lequel Trousseau a beaucoup insisté dans la thérapeutique de la diarrhée chez les jeunes enfants est relatif à l'emploi de l'opium. Il recommande le laudanum de Sydenham, à cause de son facile dosage. On commence par une demi goutte, en augmentant progressivement, suivant qu'on a tâté la susceptibilité individuelle du malade. On marche ainsi, dit-il, en connaissance de cause et en toute sécurité. — C'est une régle de conduite d'une grande importance et qu'il est toujours bon de rappeler. Il faut surveiller l'emploi de l'opium et se garder des exagérations.

Choléra infantile. — Le mot est mauvais. Il n'y a aucune analogie entre le choléra infantile et le choléra asiatique ou autre. *Entero-colite cholériforme* conviendrait mieux. Mais peu importe le nom, il est universellement employé en France et le terme de *maladie d'étée* employé par les Américains et proposé par Trousseau n'a pas prévalu.

En général la maladie éclate brusquement et parfois la mort arrive aussi rapidement que le mal est venu.

Le choléra infantile présente deux périodes : une période d'algidité et une période typhique. La première dure rarement au-delà de vingt-quatre ou trente-six heures sans amener la terminaison fatale. La seconde a une durée plus longue : quatre, cinq, six, sept, huit jours même.

Il faut donc agir vite, agir énergiquement et, malhe

reusement, les moyens dont nous disposons sont trop souvent impuissants. Nous analysons Trousseau.

Avant toutes choses, on prescrira une diète *absolue*. Comme boisson, on donnera de l'eau albumineuse qui s'obtient en délayant quatre blancs d'œufs frais dans un litre d'eau ; on sucre à volonté et l'on aromatise avec de l'eau de fleur d'oranger.

Dans la première période, le bain sinapisé donne quelquefois des résultats merveilleux. Dans un bain de 25 litres, on met 50 grammes de farine de moutarde délayée en bouillie avec de l'eau froide et renfermée dans un nouet de linge, comme cela se fait pour le bain de son. En exprimant ce nouet on obtient une eau fortement sinapisée. La bouillie doit être faite avec de l'eau froide, on favorise ainsi le développement de l'huile essentielle qui constitue le principe actif de la moutarde.

Le petit malade est plongé dans ce bain pendant douze ou quinze minutes, le temps d'obtenir une réaction suffisante, qui n'arrive que lentement, en raison de l'état de la peau. Puis on l'enveloppe dans des linges bien secs, et cette médication est répétée deux, trois et quatre fois dans le courant de la journée. On aura la mesure du temps que doit durer le bain, par ce qu'éprouve la personne qui maintient l'enfant dans l'eau. Elle sera avertie de cesser l'immersion lorsqu'elle éprouvera une vive cuisson sur la peau des bras plongés dans le bain.

Concurremment on donnera l'ipecacuanha (0,30 à 0,40 centigrammes en deux ou trois fois).

A titre de stimulant, Trousseau recommande l'éther sous forme de sirop, par cuillerées à dessert, toutes les demi-heures, jusqu'à 100, 150 et 200 grammes dans les vingt-quatre heures. Mentionnons encore les eaux distillées de menthe et de mélisse.

Pour tisane il faut préférer l'eau albumineuse, cependant quelques médecins ordonnent la décoction blanche de Sydenham. Nous préférons de beaucoup la première.

On peut tenter de modifier l'état des surfaces malades par des purgatifs. Nous avons vu déjà que Trousseau et West et, en général, les médecins anglais préconisaient le mercure éteint dans la chaux.

L'opium doit être proscrit de la médication du cholera infantile. Il est dangereux en amenant trop rapidement, quand il a une action, la période typhoïde qui est d'autant plus redoutable, qu'elle arrive plus près du début de la maladie, absolument comme dans le choléra asiatique.

Dans la seconde période, on continuera l'eau albumineuse, on aura recours aux laxatifs légers, aux sels neutres, mais principalement *au calomel à doses fractionnées*.

Quand les vomissements ont cessé, quand la diarrhée s'est franchement établie, on prescrira les absorbants ordinaires : craie lavée, sous-nitrate de bismuth, eau de chaux.

Si la diarrhée persiste longtemps, on emploiera avec avantage le nitrate d'argent, soit en lavement soit en potion. Il sera bon de donner des bains tièdes, qui, dans cette forme de diarrhée, répondent aux mêmes indications qu'ailleurs : diminuer l'excitabilité du système nerveux.

Ce mode de traitement a été tracé par Trousseau. Il n'y a rien à y ajouter et personne n'a mieux décrit que ce clinicien éminent, les règles de la médication du choléra infantile.

Il est inutile d'insister sur la gravité de cette maladie, il est inutile aussi de dire que toute médication échoue souvent. Le cholera infantile fait chaque année un grand nombre de victimes. Mais si la thérapeutique est trop souvent impuissante, les progrès de l'hygiène restreindront, il faut l'espérer, le nombre de ces cas.

D^r P.

COURS PUBLIC

ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE LARYNGOSCOPIE ET DE LARYNGOLOGIE

DU Dr CADIER

—

(Suite.)

PREMIÈRE CLASSE

1er *groupe*

Le premier groupe de la première classe comprend l'angine inflammatoire aigue, qui est une inflammation simple de la muqueuse des voies respiratoires, le plus souvent cette inflammation reste superficielle, mais quelquefois elle envahit les couches profondes de la muqueuse et les tissus sous-jacents, et se termine par la formation d'un abcès.

Ordinairement cette angine inflammatoire aigue se limite à une partie assez circonscrite de l'appareil vocal, ce qui nous permettra de faire une étude séparée de son évolution sur les différentes parties de cet appareil ; nous étudierons donc successivement :

1° L'amygdalite simple ;

2° L'amygdalite phlegmoneuse ;

3° La periamygdalite phlegmoneuse ;

4° L'épiglottite ;

5° L'œdème aigu de la glotte qui devrait être nommé, à plus juste titre, œdème des éminences arytenoïdes ;

6° La laryngite simple ;

7° La laryngite striduleuse.

1° *Amygdalite simple.*

Cette affection est caractérisée par le gonflement, la rougeur, la dureté de l'amygdale avec chaleur, sécheresse de la gorge et difficulté, plus ou moins grande, de la déglutition.

Le début a lieu le plus souvent sans prodromes ou avec des prodromes légers, mais, peu à peu, le gonflement devient plus considérable, la secrétion salivaire, devenue plus abondante, provoque de fréquents mouvements de déglutition qui sont le point de départ de nouvelles souffrances pour le malade; la voix devient nasonnée et comme étouffée, et, le plus souvent, le malade est tourmenté par une toux gutturale très pénible.

A l'examen, l'amygdale présente une couleur d'un rouge sombre, la muqueuse est épaissie, friable, et recouverte, en plusieurs endroits, de concrétions blanchâtres produites par les follicules de l'amygdale qui participent à l'inflammation. Souvent les deux amygdales sont malades, mais ordinairement elles ne le deviennent que l'une après l'autre et avec une intensité différente. Cette affection s'accompagne presque toujours de bourdonnements et de douleurs d'oreille, cela tient à la propagation de la phlegmasie du côté des orifices de la trompe d'Eustache.

Les ganglions sous-maxillaires sont ordinairement tuméfiés et douloureux, ce qui empêche souvent les malades de desserrer facilement les mâchoires.

A l'état normal, les amygdales présentent des variations assez marquées dans leur position, plus ou moins en dedans ou en dehors des piliers; il s'ensuit qu'à l'état pathologique, le gonflement de l'amygdale est plus ou moins prononcé en dedans ou en dehors, selon les cas; et cette disposition nous permet de comprendre les variations assez marquées que l'on constate dans les troubles fonctionnels de cette affection.

L'amygdalite a une marche généralement assez rapide, du quatrième au sixième jour les symptômes locaux et généraux s'amendent brusquement, la fièvre tombe et la résolution de l'amygdale s'effectue rapidement.

Cette affection est commune dans la seconde enfance, mais elle atteint son maximum de fréquence de 15 à 25 ans.

Traitement. — Dans le but de faire avorter la maladie dès le début, on a proposé des cautérisations avec le nitrate d'argent ou des insufflations d'alun, mais ce traitement, n'a le plus souvent, fait que contribuer à augmenter l'inflammation de l'amygdale et aggraver l'état général.

Au début, il faut avoir recours aux gargarismes émollients, mucilagineux; le repos, la chaleur de la chambre, les révulsifs aux membres inférieurs procurent ordinairement une amélioration assez sensible. Il faut avoir soin, en même temps, de soutenir les forces du malade avec des bouillies nutritives et du jus de viande. Vers le cinquième ou sixième jour il sera très bon d'avoir recours aux gargarismes astringents avec l'alun ou le chlorate de potasse, qui activent alors le travail résolutif.

Lorsque la résolution paraîtra s'effectuer avec difficulté, il ne faudra pas hésiter, aussitôt la période aigue complètement disparue, à avoir recours à des badigeonnages avec une solution iodurée d'iode métallique pour éviter l'hypertrophie ultérieure de la glande et le passage de l'amygdalite à l'état chronique.

2o *Amygdalite phlegmoneuse.*

Pendant les quatre premiers jours tout se passe comme pour l'amygdalite simple, sauf, peut-être, un peu plus de prostration et de somnolence. Le cinquième jour, jour critique des angines aiguës, l'amygdale, au lieu de devenir moins turgescente, conserve sa rougeur et son volume, et cette rougeur devient même, le plus souvent, plus nettement prononcée ; on peut alors affirmer qu'il va se former un abcès de l'amygdale.

Suivant le siége plus ou moins profond de cet abcès, les symptômes qui l'accompagnent peuvent se prolonger plus ou moins et présenter plus ou moins d'intensité ; la durée moyenne de cette seconde période est de 5 à 8 jours. Un matin, le malade se réveille guéri, son abcès s'étant ouvert pendant son sommeil ; il peut également s'ouvrir à la suite d'un effort de vomissement ou d'une secousse de toux, les malades sentent, tout à coup, la bouche s'humecter, et en crachant ils s'aperçoivent qu'ils rejettent un pus phlegmoneux mêlé à des mucosités.

A l'examen, on aperçoit l'amygdale rouge violacée, et toute la partie où se trouvait l'abcès est affaissée ; en un point de cette surface on peut voir une gouttelette de pus qui ferme l'orifice de l'abcès. Lorsque le sujet est débilité, et que l'abcès est considérable, il peut se produire un sphacèle d'une partie de la glande.

Comme traitement il faut avoir recours aux émollients sous toutes les formes, les gargarismes tièdes et mucilagineux souvent répétés, les gargarismes avec de l'eau de pavot et sur la partie correspondante du cou des cataplasmes et des frictions à la pommade belladonée ; il sera bon de continuer l'usage des révulsifs aux membres inférieurs et de faire prendre au malade un purgatif ou mieux un émeto-cathartique.

La fluctuation de l'abcès de l'amygdale est presque impossible à percevoir, cela rend très difficile l'intervention chirurgicale pour l'ouverture de cet abcès.

Chez les sujets lymphatiques où à la suite d'applications caustiques intempestives, l'amygdale enflammée peut être quelquefois frappée de gangrène ; il faut alors avoir recours aux préparations toniques, et toucher les parties sphacelées avec de la poudre de quinquina ou avec une solution de chloral au centième. Lorsque l'abcès est ouvert, il est bon d'avoir recours au gargarisme avec le chlorate de potasse ou avec l'alun.

3o *Peri-amygdalite phlegmoneuse.*

Cette affection comprend deux périodes, une première que l'on peut appeler superficielle, pendant laquelle la membrane muqueuse seule est malade ; et une seconde, pendant laquelle le tissu cellulaire est atteint et qui est par conséquent plus profonde.

Le début de la peri-amygdalite phlegmoneuse ne se distingue pas le plus souvent du début des deux maladies que nous venons d'étudier ; cependant, si l'on examine l'arrière-gorge, avec une certaine attention, on peut constater une rougeur foncée d'aspect chagriné et limitée assez exactement aux points qui seront ultérieurement le siége de l'abcès, ce point est, de plus, légèrement œdematié. L'amygdale est volumineuse, et sa surface est couverte par endroits d'une exsudation blanc jaunâtre.

Peu à peu le malade devient plus abattu, il est pris d'un frisson intense, l'état fébrile devient considérable, la déglutition impossible, la sécheresse de la gorge et la soif sont un tourment continuel pour le malade, l'anxiété devient considérable, la salive est collante, la parole difficile, la voix nazonnée ; les mâchoires s'écartent de moins en moins,

souvent il devient impossible d'examiner l'arrière-gorge, et si le toucher est encore possible, on sent un empâtement et un gonflements considérable de toute la région, mais sans pouvoir affirmer la sensation d'une fluctuation bien évidente.

L'anxiété du malade devient extrême, sa respiration est pénible, il éprouve la sensation d'une suffocation imminente et il réclame ordinairement avec instance l'ouverture de son abcès.

Cette seconde période a une durée de 5, 6 et même 7 jours, puis l'abcès s'ouvre et se vide tout d'un coup, le malade se trouve guéri et il entre en convalescence.

Traitement. — On a longtemps abusé d'une médication antiphlogistique active : applications de sangsues *loco dolenti* et saignées générales, mais on a depuis reconnu que ce traitement abortif n'a jamais réussi, et que l'on ne parvenait par cette médication, qu'à retarder la marche régulière de l'affection et prolonger ainsi les souffrance du malade.

J'engage donc les médecins à savoir résister aux instances de leur client, et surtout de son entourage qui demandent le plus ordinairement l'emploi de ce traitement et à n'avoir recours qu'aux émollients, sous toutes les formes, tant en cataplasmes qu'en gargarismes mucilagineux ; il faut éviter également de permettre les boissons froides et la glace, qui donnent, il est vrai, quelques instants de bien être au malade, mais occasionnent ensuite une recrudescence des symptômes inflammatoires.

Si la tension de la partie malade devient par trop considérable, il est utile d'avoir recours à des scarifications directes sur la tumeur, mais pour obtenir un soulagement durable, il faut que ces scarifications soient nombreuses et assez profondes.

En raison de l'impossibilité de constater la fluctuation, il est très rare que l'on parvienne à ouvrir l'abcès avec le bistouri, ordinairement il ne sort, après la ponction, qu'un peu de sang très épais et l'abcès ne s'ouvre le plus souvent que quelques heures plus tard ou même le lendemain, et cette ouverture se fait alors sur un autre point que celui de la ponction.

Si la suffocation paraît imminente, il faut savoir rassurer le malade et se rappeler qu'elle reste à cet état d'imminence et est plus terrifiante en apparence, que, dangereuse au fond.

Les vomitifs sont très utiles, ils font d'abord tomber le pouls et diminuer la fièvre, et de plus par les secousses qu'ils déterminent, ils peuvent, si l'abcès est assez avancé, en déterminer l'ouverture.

En même temps que l'on fera usage des émollients sous toutes les formes, il sera très utile de faire prendre des bouillies nutritives et du jus de viande de manière à soutenir les forces.

4° *Epiglottite aiguë.*

Cette inflammation est limitée le plus souvent au bord de l'épiglotte, dans la pluspart des cas, elle est occasionnée par une brûlure et quelquefois par l'impression du froid. Il y a ordinairement un peu de dyspnée, mais surtout de la dysphagie, parce que, les mouvements de l'épiglotte étant très douloureux, l'abaissement de cet organe, pour fermer l'orifice glottique au second temps de la déglutition, s'accompagne d'une violente douleur.

Cette affection a une marche très aiguë et une durée de 5 à 6 jours. Le traitement consiste surtout à faire des fumigations émollientes, à respirer un air chaud et à éviter, autant que possible, les mouvements de déglutition.

Lorsque l'impression du froid a été plus vive ou que la brûlure a été plus violente, l'inflammation ne reste pas limitée au bord de l'épiglotte, la muqueuse qui tapisse les éminences aryténoïdes s'enflamme également, et la maladie devient alors ce que l'on a appelé, improprement, œdème de la glotte et dont le nom véritable serait plutôt : œdème des éminences arytenoïdes et de l'épiglotte.

Cette affection se montre assez fréquemment en Angleterre, chez les jeunes enfants qui vont imprudemment boire au bec d'une théière au moment ou l'eau bouillante vient d'y être versée. L'œdème de la glotte est caractérisé par de la dyspnée, par une sensation de corps étranger à la région du larynx, le malade fait des efforts de toux ou de déglutition pour se débarrasser de ce corps étranger, mais la toux n'expulse que quelques mucosités; le plus souvent la voix est altérée, voilée et assombrie.

Lorsque l'œdème est plus considérable l'intensité de ces symptômes augmente, la dyspnée devient de plus en plus considérable, l'inspiration ne se fait plus qu'au prix des plus grands efforts, et s'accompagne d'un ronflement guttural que l'on peut entendre à distance; peu à peu l'expiration, elle-même, devient plus pénible, la voix s'altère de plus en plus, elle devient entrecoupée, haletante et souvent l'aphonie est complète. En raison du gonflement de l'épiglotte, la déglutition est toujours difficile et devient quelquefois tout à fait impossible, toute tentative de déglutition augmentant l'anxiété et pouvant même déterminer un accès de suffocation.

Ces accès de suffocation sont l'un des éléments les plus graves et les plus immédiatement périlleux, de l'œdème des éminences aryténoïdes ; ce qui les caractérise, c'est que la gêne respiratoire, soudainement accrue, arrive d'emblée à l'orthopnée, le patient ne peut introduire l'air à travers l'orifice glottique, il se sent étouffé, la suppression presque complète de l'hématose produit la lividité de la face, le malade s'épuise en efforts impuissants, l'asphyxie se confirme et la mort à lieu dans le connu.

Dans l'œdème aigu de la glotte, si les accidents ne revêtent pas dès le début le caractère foudroyant, on arrive assez souvent par une médication active à éloigner le retour des accès de suffocation et à obtenir une guérison assez rapide.

Traitement. — Dans les cas franchement inflam-

matoires il faut avoir recours comme traitement général aux antiphlogistiques ; sangsues et saignées et aux révulsifs sur les membres inférieurs, mais le traitement local devra, en même temps, être surveillé d'une façon toute particulière. Au début, et surtout lorsque les accès de suffocation se renouvellent avec fréquence, il faut faire des applications de glycérine morphinée en solution très-concentrée au quinzième ou au dixième ; on arrive ainsi, par des applications souvent répétées, à diminuer le spasme de la glotte et à rendre moins fréquentes les crises de suffocation. Un peu plus tard et même quelquefois en même temps que les applications de la glycérine morphinée, on a recours à des badigeonnages des parties œdématiées, soit avec un solution concentrée de sulfate d'alumine ou avec un glycerolé au tannin ou même, dans certains cas, avec une solution assez concentrée d'acide chromique, mais il faut, avec ce dernier médicament, agir avec prudence, car je me souviens avoir vu survenir une crise de suffocation très violente à la suite d'une application sur les éminences aryténoïdes d'une solution d'acide chromique au huitième. Je conseille donc de ne commencer d'abord les cautérisations à l'acide chromique qu'avec des solutions au vingt-cinquième ou au vingtième et de n'en augmenter que progressivent la dose en ayant soin de ne dépasser celle de un dixième que dans des cas tout à fait exceptionnels. Si l'asphyxie est imminente, on a recours à la trachéotomie. Nous décrirons cette opération lorsque nous ferons l'étude des tumeurs du larynx.

(*A suivre*).

CONCOURS SCIENTIFIQUE

MÉTHODE D'ANALGÉSIE CHIRURGICALE A PROPOS DES OBSERVATIONS DU Dr ORTILLE, DE LILLE.

Je remercie vivement le Dr Ortille d'avoir bien voulu expérimenter la méthode de l'analgésie chirurgicale. Les deux faits qu'il publie sont très intéressants.

Le premier montre la facilité avec laquelle on peut obtenir l'analgésie parfaite.

Le 2e nous fait assister à un accident de l'anesthésie mixte. Un fait analogue est publié dans les leçons sur les anesthésiques de Cl. Bernard (obs. XIV du dr Grosjean). Un autre fait analogue a été trouvé par moi-même alors que je croyais l'analgésie une méthode inapplicable aux grandes opérations chirurgicales. Il s'agissait d'une imputation du sein pratiquée par le dr Allo. J'avais poussé le chloroforme jusqu'à l'anesthésie complète. Cette observation est résumée à la fin de ma première communication à l'académie des sciences (18 mars 1872) Elle a été publiée in extenso dans la thèse de M. Bossis (32) avec une faute d'impression indiquant 94 pulsats au lieu du chiffre réel 54 compté par moi au moment des phénomènes asphyxiques. Dans ces deux faits comme dans celui du dr Ortille, nous trouvons la coloration violacée des lèvres avec affaiblissement et même ralentissement du pouls, se dissipant d'eux-mêmes par la cessation des inhalations du chloroforme. Ces accidents me paraissent dûs à une anesthesie trop complète. On les eut prévenus en donnant un peu moins de chloroforme.

Aujourd'hui j'ai donné la preuve que l'analgésie peut être assez complète pour servir aux opérations les plus douloureuses et je ne pousse plus l'inhalation jusqu'à l'anesthesie à moins que je ne veuille une résolution musculaire absolue.

Revenons au 2e fait du dr Ortille. L'injection de 20 milligr. de chlorydrate de morphine a été pratiquée au lieu de celle 15 milligr. dose de la 1re observation. Je conseille de ne pas dépasser habituellement 15 milligr. Cependant je ne crois pas la dose de 20 milligr. dangereuse chez l'adulte.

Il importe d'avoir bien présent à l'esprit que le sujet qui est sous l'influence de la morphine est devenu bien plus sensible au chloroforme qui peut alors amener assez promptement l'anesthesie complète.

Cette particularité de la méthode mixte deja signalée par Cl. Bernard oblige à verser le chloroforme avec réserve sous la compresse ou l'éponge, quand surtout on recherche la période d'analgésie qui précède l'anesthésie.

Il faut de plus que l'aide chargé du chloroforme fasse causer sans cesse le patient dont les réponses deviont pour lui le seul guide qui lui permette de régler convenablement les inhalations. Il les modérera dès que se manifesteront les plus légers symptômes d'ivresse. Il les suspendra complètement dès que le sujet cessera de répondre.

Si comme dans le 2e fait du dr Ortille le patient est exceptionnellement sensible aux agents anesthésiques et qu'il s'endorme complètement dès le début, il faut cesser l'inhalation, frapper légérement le visage avec la paume de la main appeler le sujet à haute voix jusqu'à ce qu'il ouvre les yeux et réponde.

Le retour à la connaissance s'accompagnera d'une analgésie complète ou analgésie du réveil qu'on entretiendra par des inhalations ménagées de chloroforme toujours en se guidant sur les réponses du patient.

L'analgésie du réveil est constante dans la 1re observation de MM. Labbé et Goujon (ac. des sc. 26 fév. 1872), et dans certaines observations du dr Dimitresco et de Brinon, M. Bossis reconnait son existence.

Avec la précaution d'éviter l'anesthésie complète, ou de la faire cesser promptement, si on ne peut l'éviter ; je suis convaincu qu'il ne surviendra jamais d'accident asphyxique ou autre, pourvu que l'analgésie soit complète ou à peu près complète.

Le chirurgien a comme garantie non-seulement l'état du pouls et de la respiration qu'il faut toujours surveiller, mais encore l'état d'intégrité plus ou moins complète de l'intelligence et des sens. On est certain de rester ainsi à une assez grande distance physiologique de l'anéantissement des fonctions essentielles à la vie, pour que cette distance ne puisse être franchie subitement et d'une manière imprévue.

St-Brieuc, 22 août 1879.

Dr Guibert.

—

DU TRAITEMENT DE L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je lis dans votre note sur *le Traitement de l'hémorrhagie cérébrale :* (1)

« L'indication capitale consiste à *laisser le malade tranquille,* la tête élevée au milieu d'une atmosphère fraiche. »

Ainsi donc voilà la maladie qui, suivant moi, est le triomphe de l'art le plus manifeste, puisqu'il peut en triompher instantanément au moyen de sangsues ou ventouses mécaniques suffisamment puissantes, abandonnée aux seules ressources de la nature ; et cela, parce que, grâce à l'influence fatale d'une centralisation scientifique aussi absurde que ridicule, il a plu à l'un de nos maîtres parisiens de généraliser comme des axiômes les résultats particuliers de sa pratique à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Vous citez les paroles suivantes de ce professeur :

« Il est permis de douter que dans les épanchements dans le cerveau, les choses se passent autrement que dans les épanchements sous la peau. Or, dans ces derniers cas, a-t-on jamais vu les saignées générales ou locales faciliter cette résorption du liquide. »

Il y a la manifestement une erreur inexplicable car c'est un fait connu de tout médecin qui a observé que, des sangsues appliquées en nombre suffisant et convenablement, font disparaître séance tenante les foyeurs sanguins sous-cutanés traumatiques. Il y a 28 ans que pour ma part je pratique la saignée locale à volonté au moyen des aspirations de la pompe à air et que j'obtiens ainsi instantanément le soulagement sinon la guérison des malades.

« Au lieu de saigner les sujets, disait le professeur de les mettre à la diète, de les tenir au lit, je m'abstiens de leur tirer du sang, je les fais lever quand la chose est possible ; je les alimente. »

Voilà qui est très bien en général pour le personnel qui fréquente les hôpitaux de Paris, si ce n'est qu'il me semble que l'illustre professeur faisait bénéficier de temps en temps ses malades des effets hémospasiques de la ventouse Junod et ainsi ne les laissait pas tranquilles dans tous les cas !

Laisser tranquille un malheureux qui est sous l'imminence de l'apoplexie et ne pas éloigner le danger qu'il court en recouvrant ses membres inférieurs des ventouses traditionnelles qu'on trouve dans tous les ménages, c'est ce me semble, un acte d'incurie coupable.

Pour moi, il m'est arrivé en nombre de cas de dissiper ainsi des symptômes prochainement graves en utilisant comme vase à ventouse, le vulgaire vase de nuit plein de feu et que j'applique instantanément et d'un seul coup sur l'une des régions fessières protégée par un papier mouillé taillé sur son embouchure (1).

Sur ce, Monsieur le rédacteur, faites de cette communication l'usage qu'il vous plaira et croyez à mes sentiments confraternels.

Alençon, le 22 août 1879.

Dr Damoiseau.

(1) 9 août 1879, page 72.

(1) Après avoir fait laver et sécher ledit vase, je projette dans l'intérieur un vieux journal bien sec réduit en boule de la grosseur du poing et tout flambant.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

—

Rapport présenté à la Société locale de la Gironde par M. le Dr Lande sur la question des assurances mutuelles entre médecins, le 5 avril 1879.

(Suite.)

5° Les médecins malades s'assureraient tous et ruineraient bientôt la Société. Je n'avais pas, je l'avoue, et vous me comprendrez sans peine, songé à cette objection qui a été faite par M. le Dr Trolard.

Sans vouloir soulever ici une question de conscience et de probité, il va sans dire que la *Prévoyance médicale,* comme toutes les Compagnie d'assurances, d'admettrait ses adhérents qu'après visite et examen médicaux constatant que le proposant est en état de parfaite santé et présente toutes les garanties possibles de longévité.

6° La difficulté de placer avantageusement nos fonds. J'attache la plus grande importance à ce point particulier. En effet, s'il est permis à des Compagnies particulières de faire des placements plus ou moins avantageux des opérations commerciales ou financières plus ou moins rémunératrices, il n'en est pas de même pour le Conseil d'administration d'une Société mutuelle. Celui-ci est obligé, non peut-être par la loi, et encore voyez ce qui arrivé à notre Association générale pour ses pensions viagère, mais dans tous les cas, par les convenances, de ne faire que des placements de toute sécurité; les fonds de l'Etat, quelques obligations de ville ou de lignes ferrées, telles sont les valeurs de tout repos que seules nous pourrons avoir en portefeuille. Or, par leur sécurité même, ces valeurs donnent un faible revenu, à peu près le même dans tous les cas, et M. le Dr Laborde ne me fait pas une grande concession en calculant les opérations de la *Prévoyance médicale* sur un revenu de 4 0/0. Que l'on parle de ce pevenu pour leurs capitaux aux Grandes Comeagnies, il leur paraîtra absolument insuffisant.

C'est ici le lieu de parler d'une source de bénéfices considérables qui entrent en très sérieuse ligne de compte dans le budget des Compagnies, source sur laquelle nous ne devons pas compter.

Je veux parler des polices d'assurances qui tombent en déchéance et dont, par suite, la totalité ou la majeure partie des primes déjà versées, ou tout au moins l'usufruit pendant un temps fort long, reviennent de droit à la caisse des compagnies. Il y a beaucoup de gens qui, après avoir contracté une assurance sur la vie, cessent complètement de payer leur annuité ; que l'assurance ait été prise pour couvrir les risques d'un voyage ou d'une expédition, pour garantir les avances d'une opération de bourse ou de commerce, qu'elle soit devenue inutile dans la bonne, ou trop onéreuse dans la mauvaise fortune, elle est abandonnée. La compagnie devient alors propriétaire de la totalité ou tout au moins de la majeure partie des primes versées, dont elle a, dans tous les cas, la jouissance jusqu'au terme du contrat. Dans notre société, il ne faudrait pas compter sur les revenus de cet ordre, les médecins ne faisant que des assurances de nécessité dont ils tiendraient à se réserver intégralement les bénéfices.

Les objections, et des objections sérieuses, ne manquent donc pas au projet de M. le Dr Laborde, et je pense que sa défense, pas plus que l'appui de M. le Dr Trolard, ne suffit pour les renverser. Mais ce n'est pas tout. Je laisse complètement de côté toute cette argumentation ; je me déclare convaincu par les raisonnements de mes honorables contradicteurs, et j'accepte le projet présenté par M. le Dr Laborde dans le tableau que j'ai reproduit plus haut, et approuvé par l'association des médecins du département d'Alger après lecture du rapport de M. le Dr Trolard. Ce tableau est une sorte de résumé synoptique des opérations de la *Prévoyance médicale*, supposée composée de 1.000 adhérents âgés de vingt-cinq ans et engagés pour une période de vingt-cinq années. L'annuité, calculée sur ces données par M. le docteur Laborde, serait de 275 fr. pour une assurance mixte de 10.000 fr. (On pourrait objecter ici qu'il sera bien difficile de réunir 1.000 adhérents âgés de vingt-cinq ans ; mais je dois faire remarquer que l'annuité croissant, comme de juste, avec l'âge, et cela d'après le taux d'intérêt et la mortalité à chaque âge admise dans le tableau, on arriverait aux même résultats avec diverses catégories de souscripteurs. En prenant les adhérents du même âge on simplifie les calculs, on a un schéma exact des opérations générales.)

Dans ce tableau, M. le Dr Laborde établit, d'une part, quelles sont les sommes versées chaque année par les souscripteurs survivants, et calcule ce que deviennent ces sommes capitalisées à 4 0/0 à la fin de l'exercice, c'est-à-dire à la fin des vingt-cinq années du contrat ; elles s'élèvent, d'après lui, à 10.680.445 fr. Il relève, d'autre part, le total des sommes remboursées aux ayants-droit des assurés décédés, total qui n'est pas moindre de 2.495.500 fr. Il en résulte cependant, d'après M. le Dr Laborde, un actif de 9.504.500 fr., destiné à rembourser les 750,45 survivants, et une somme de 680.445 fr., imputable aux frais généraux.

La situation, ainsi présentée, a quelque chose qui séduit. Je comprends que l'on se laisse prendre, comme l'a fait M. Trolard, à l'attrait de ces gros chiffres. Saluons notre premier million, disait, il y a quelques mois, notre trésorier général, M. Brun. Quelle conduite tenir vis-à-vis de dix millions, et encore acquis au prix d'un minime sacrifice annuel ? Il faudrait sans doute se prosterner devant ce veau d'or ! Eh bien ! non, ne nous prosternons pas ; examinons de près nos comptes, vérifions scrupuleusement ces millions, et nous allons voir qu'il faudra en rabattre.

D'abord, quelques critiques de détail. M. le Dr Laborde calcule ainsi : première année, 1.000 adhérents versant chacun 275 fr. donnent ensemble 275.000 fr., qui, placés aussitôt à 4 0/0 et capitalisés pendant vingt-cinq ans, donneront à la fin de l'exercice la somme respectable de 734.250 fr. Ce raisonnement suppose que les primes seront intégralement versées dès le premier jour de l'année, et qu'elles seront aussitôt placées de façon à ce qu'il ne soit pas perdu un seul jour d'intérêt. Ce sont là deux impossibilités. Il faudra bien que la *Prévoyance médicale* se mette, comme toutes les autres compagnies, à la portée de ses adhérents, et qu'elle accepte des versements semestriels et même trimestriels. Je sais bien qu'on augmentera alors chaque prime des intérêts échus ; mais les sociétaires qui décéderont dans le courant de l'année, et, de par la table de Deparcieux, admise par M. le Dr Laborde, il doit y en avoir 10.33 dans l'année, ces sociétaires ne verseront plus toute leur annuité ; ils n'en verseront que les trois quarts, que la moitié, qu'un quart seulement. En prenant une moyenne, ils n'en verseront que la moitié, et il y aura, de ce fait, un déficit de $10{,}33 \times \frac{275}{2} = 1.420$. En outre, on ne saurait admettre que des placements de fonds de cette importance puissent être faits du jour au lendemain, sans frais et sans perte d'intérêt. Dans toutes ces questions d'administration de fonds, il ne faut considérer la situation qu'au dernier jour de l'année courante, alors que toutes les dépenses sont réglées et toutes les rentrées exactement faites. C'est un leurre que de compter sur les revenus du placement dans l'année courante. De telle sorte que M. le Dr Laborde aurait dû calculer non plus sur une somme de 275,000 fr., mais sur une somme de 275,000 fr. moins 1,400 fr. soit 273,580 fr , capitalisée, non pendant vingt cinq ans, mais pendant vingt-quatre ans seulement.

Ces deux corrections, appliqué à la première annuité, réduiraient son total de 734,250 fr. à 770,775 fr. La différence, on le voit, n'est pas à négliger, et cependant, après l'avoir signalée, je ne veux pas y attacher d'autre importance. Je laisse de côté volontairement ces erreurs, et je ne veux retenir que la principale, la plus grosse, qui suffit à elle seule à ruiner tout le système. Cette erreur, la voici :

Pour établir l'actif de la société, M. le Dr Laborde calcule pour chaque année d'après la même méthode que pour la première ; il établit la somme versée par les survivants et la capitalise à 4 0/0, ce qui lui donne, à la fin de l'exercice, un capital de 10.680,445 fr. Quant au passif, il le calcule également, pour chaque année, d'après la table de mortalité de Deparcieux, et reconnaît qu'il s'élève au total de 2,495,500 fr., ce qui lui laisse encore 7,504,500 fr. pour les 750,45, survivants, soit 10,000 fr pour chacun, somme fixée par les conventions, et 680,445 fr. pour frais d'administration. Mais, et c'est là qu'est l'erreur, M. le Dr Laborde établit ce passif après coup, à la fin de l'exercice, alors qu'il doit être établi année par année. Les remboursements aux décédés doivent être, en effet, effectués aussitôt après le décès et non à la fin de l'exercice, comme les remboursements aux survivants. Il faut, pour éviter toute erreur, établir séparément le bilan de chaque année, et l'on a ainsi, pour la première année, 1,000 adhérents qui, versant une prime de 275 fr. chacun, donnent une prime de 275,000 fr. ; mais 10,33 d'entre eux mourant dans l'année, sont remboursés au taux de 10,000 fr. l'un, soit au total $12{,}000 \times 10{,}33 = 103{,}300$ fr. Il ne reste donc plus à l'actif que 275,000 fr — 103,300 = 171.700 fr., et c'est cette dernière somme qui devra être capitalisée pendant vingt-cinq ans, et non celle de 275,000 fr. comme l'indique M. le Dr Laborde. A la fin de

l'exercice, cette somme devient 457,108 et non 724,250, soit une différence, pour cette seule année, de 276,842 fr. L'erreur est, on le voit, considérable ; elle serait plus apparente encore si je tenais compte des deux irrégularités que j'ai signalées plus haut et qui consiste à admettre que les décédés de l'année ont versé intégralement leur prime, et que les annuités sont versées et capitalisées dès le premier jour de chaque année ; en faisant les corrections nécessaires, j'arrive à une différence non plus de 276,842 fr., mais de 297,961 fr.

Cette erreur se reproduit dans le tableau pour chaque annuité ; la dernière année, elle est encore 116,680 fr., et, si l'on prend une moyenne, on voit qu'elle est d'environ 196,700 fr. par an, soit pour l'exercice entier, c'est-à-dire pour vingt-cinq ans, durée totale de l'Association, de 5,400,000 fr. en nombre rond.

Ainsi, l'erreur commise par M. le Dr Laborde, se chiffre par 5,400,000 fr. sur une somme de 10,700,000 francs On m'avouera que c'est beaucoup trop, et je doute fort que les 750 survivants de l'Association fussent très satisfaits de toucher 5.300.000 fr., soit seulement 70 0[0 du capital promis par le contrat d'assurances.

Pour que l'assurance mutuelle entre médecins fût possible, fût viable, il faudrait donc, tout en adoptant complètement par ailleurs les principes établis par M. le Dr Laborde, et que je considère encore comme fort contestables, élever dans de très notables proportions le taux de la prime. Mais alors, quel intérêt avons-nous à cette Association mutuelle. Il ne nous en reste plus aucun, et nous avons tout bénéfice à confier nos capitaux à l'une des grandes Compagnies d'assurances dont la durée et la richesse offrent des garanties de toute sécurité. Telle est la conclusion à laqelle on arrive inévitablement quand on étudie cette question froidement et sans parti-pris.

Oui, Messieurs, nous repoussons le principe de la mutualité ainsi établie dans un cercle restreint, au milieu d'un groupe peu nombreux d'hommes exerçant la même profession ; mais nous ne repoussons nullement le principe des assurances sur la vie. Bien au contraire, nous pensons que c'est là que nous devons trouver une ressource contre ces coups de la fortune dont les nôtres sont trop souvent frappés. Une faible somme, prélevée chaque année sur notre budget, suffit pour nous donner droit à un capital relativement considérable. Comment ne pas souscrire des deux mains à ce marché ? Eh quoi ! nous assurons nos champs, nos maisons, nos mobiliers, nos animaux domestiques, et nous ne nous assurerions pas nous-mêmes, alors que dans bien des cas nous représentons la seule, l'unique fortune de notre famille ? Poser la question, c'est la résoudre, et l'on ne comprend vraiment pas que l'usage des assurances sur la vie ne soit pas déjà plus profondément entré dans nos mœurs.

Et à ce propos, Messieurs, permettez-moi de vous dire quel est, de l'avis de votre Commission, le genre d'assurances préférable pour nous. Cette assurance, c'est l'assurance mixte, c'est-à-dire celle qui, pour une prime annuelle....., assure une somme de..... à l'assuré, s'il survit au-delà d'une période fixée, en général, à vingt ou vingt - cinq ans, ou à ses ayants-droit s'il vient à décéder avant cette époque, Un semblable contrat a une valeur qu'on peut établir chaque jour; c'est une sorte de titre négociable, et, comme tel, il se prête à certaines opérations financières qui peuvent être, dans certains cas, pour l'assuré, du plus grand secours.

C'est dans ces cas, précisément, que pourrait intervenir utilement l'Association. Si, en effet, elle ne peut jusqu'ici assurer qu'aux plus malheureux de nos confrères des secours encore trop modestes, on serait en droit, ce nous semble, de réclamer, dans cette question des assurances sur la vie, autre chose qu'un encouragement désintéressé, qu'une bienveillance platonique. Je disais déjà dans ma lettre à M. le Dr Laborde : « Il n'est pas un médecin qui ne puisse économiser la prime qu'il doit verser. Et, s'il survenait une année trop malheureuse, les Associations des départements, l'Association générale elle-même, ne seraient-elles pas là pour avancer à un confrère momentanément gêné l'annuité qu'il aurait à verser ? Au besoin, le contrat répondrait de la dette. Vienne alors une année meilleure, une opération réussie, un accouchement heureux, bien vite le prêt d'honneur serait remboursé et l'assurance continuerait son cours. »

M. le Dr Trolard dit de même : « Que de confrères ont reculé devant une Assurance pour ne pas avoir à subir l'affront du non-paiement d'un terme échu ! Supposons-les membres de l'Association; ils seront autorisés à avoir recours à elle dans une année malheureuse; et je n'ai pas besoin de dire qu'ils s'empresseront, l'année suivante, ou les années suivantes étant plus productives, de uembourser cet emprunt d honneur. Et si, par malheur pour eux, il leur arrivait de ne pouvoir effectuer ce remboursement, l'Association se ferait certainement un devoir d'assurer lour avenir et celui de leur famillo. »

Telle est aussi l'opinion de votre Commission ; il lui paraît du devoir de l'Association, non-seulement de faire connaître les bienfaits qui peuvent résulter pour le Corps médical des Assurauces sur la vie mais encore de venir en aide aux confrères que des circonstances malheureuses mettraient dans l'impossibilité de remplir les charges de leur contrat.

Ici, Messieurs, laissez-moi entrer dans quelques détails destinés à bien faire comprendre quel serait cet appui que nous attendons de l'Association, et quel serait son intervention entre nous et les Compagnies d'Assurances. Et d'abord, pour rondre plus faciles les diverses opérations à prévoir, il faut que les Sociétaires adoptent les Assurances dites *mixtes*, c'est-à-dire assurant un capital immédiatement après le décès de l'assuré, ou à la fin d'un nombre d'années déterminé, par exemple vingt ou vingt-cinq ans.

Les contrats établis sur ce mode d'Assurance offrent cet immense avantage qu'il est toujours facile d'en calculer la valeur exacte et que, par suite, ils peuvent servir de base solide à toute combinaison financière. Ceci établi, je suppose qu'un confrère assuré se trouve dans l'impossibilité de verser sa prime annuelle : il fait appel à l'Association; celle-ci paye la prime au lieu est place de l'assuré, auquel elle fait ainsi un prêt qui sera ultérieurement remboursé, avec un intérêt dont le taux serait fixé par une délibération de l'Association.

Mais, direz-vous, quelle garantie possède l'Association ? Qui répond de la dette contractée envers elle par le Sociétaire ? Votre Commission s'est préoccupée de résoudre cette question, et elle s'est ralliée à la solution que j'avais indiquée et qui a été également acceptée par le Dr Trolard : la police d'assurances répondra de la dette. Comment ? D'une façon bien simple : les contrats d'assurances peuvent être cédés; le confrère dans la gêne n'a qu'à faire cession de son contrat à l'Association générale; celle ci paye, suivant le cas et suivant les besoins, une, deux, trois annuités, s'il le faut, et quand l'assuré, revenu à une situation meilleure, peut rembourser es avances qui lui ont été faites avec leurs intérêts, l'Association lui rétrocède son contrat. De cette façon, l'Association n'a nullement compromis ses capitaux, puisqu'elle a toujours détenu un titre d'une va-

eur supérieure aux avances qu'elle a faites; elle a réellement et dignement secouru un membre de notre famille médicale, et enfin l'un des nôtres, grâce à un prêt, à une hypothèque, si je puis dire, qu'il a demandée et acceptée sans rougir, est sorti d'une situation difficile sans perdre le bénéfice et les épargnes de plusieurs années d'une vie de sagesse et de sacrifices !

Que si l'Assurance présente encore une trop longue durée et que l'assuré se trouve dans une situation qui ne lui permette plus dans l'avenir de s'imposer la charge d'un contrat trop lourd pour ses ressources, l'Association, en possession du contrat, agissant comme tutrice, pour ainsi dire, de l'assuré, pourra résilier ce contrat au mieux des intérêts communs, et alors, ou bien en faire établir un second plus en rapport avec les ressources actuelles de l'assuré, ou même, liquidant complètement la situation, rentrer dans ses avances, restituer à l'assuré la majeure partie des sommes qu'il aura déjà versées, et dont son intervention aura, dans tous les cas, singulièrement grossi la quotité.

Enfin, qu'un confrère âgé ou arrivé dans les dernières années de son contrat, soit frappé d'une infirmité, d'une maladie ; que, pour une cause quelconque, il se trouve non seulement dans l'impossibilité de payer sa prime d'Assurances, mais qu'il tombe même dans le besoin, l'Association pourra lui venir en aide de deux façons : en premier lieu, elle prendra le contrat à sa charge et en assurera ainsi les bénéfices au sociétaire ; en second lieu, il lui sera loisible de faire des avances sur la valeur antérieure du contrat, ajoutant ainsi les bienfaits d'une assistance immédiate à la sécurité d'un soulagement futur.

Il nous a semblé, Messieurs, qu'il suffirait de vous indiquer ces quelques exemples pour vous faire comprendre combien utile et féconde serait cette institution des Assurances sur la vie, accueillie par nos confrères, soutenue par cette grande force qui a nom Association.

Avec l'appui de l'Association, nous pouvons favoriser le développement des assurances, qui seules peuvent nous donner un droit à cette pension, à cette retraite si souvent réclamées, ou plutôt à ce pécule, sauvegarde de notre vieillesse, espoir de notre famille trop tôt délaissée, modeste patrimoine que trop souvent ne nous garantit pas une vie de labeur. Avec l'appui de l'Association, nous pouvons même demander aux Compagnies une concession, une réduction des tarifs; nous en savons qui sont déjà toutes disposées à nous favoriser dans une large mesure. Sans l'Association, nous retombons dans l'impuissance, chacun de nous est livré à ses seules ressources et exposé à toutes les mauvaises chances que nous réservent les dures conditions de notre profession.

Quant à l'Association elle-même, il ne nous paraît pas qu'elle puisse jamais plus complètement et plus dignement remplir son œuvre d'Assistance mutuelle.

L'appui que nous lui demandons, le concours que nous réclamons d'elle, ne seraient-ils pas plus facilement et plus franchement acceptés que ses secours? Ses avances, ses prêts hypothécaires ne conviendraient-ils pas mieux à notre dignité que ses trop modestes charités ? Combien rougissent de l'aumône, parfois même la repoussent, qui accepteraient avec reconnaissance un service qu'ils sauraient pouvoir payer !

Comme seule conclusion de ce Rapport, votre Commission vous propose, Messieurs, de vouloir bien émettre le vœu que l'Association générale s'occupe le plus tôt possible, dans l'une de ses assises solennelles, de cette question des Assurances sur la vie, en priant votre Bureau de vouloir bien transmettre ce vœu aux éminents confrères chargés des hautes destinées de notre Société.

CHRONIQUE

Aux Eaux-Bonnes. — On sait que madame Grévy et sa fille sont en ce moment aux Eaux-Bonnes, où elles sont arrivées pour ainsi dire à l'improviste.

On nous écrit des Eaux-Bonnes qu'une réception brillante était préparée pour la femme et la fille de M. le président de la République. Un grand nombre de jeunes gens de la ville et de la colonie étrangère devaient aller à leur rencontre et leur faire escorte dans la vallée d'Osseau. Mais cette réception n'a pu avoir lieu, ces dames étant arrivées plus tôt qu'on ne pensait.

L'administration municipale, néanmoins, a pu fêter leur venue par un magnifique feu d'artifice tout à fait improvisé; et le lendemain de leur arrivée, à leur première visite à la buvette, ces dames ont été reçues par l'inspecteur en chef des eaux, M. le docteur Pidoux, qui a tenu à honneur de leur verser lui-même le premier verre.

M. Dufaure est également aux Eaux-Bonnes depuis quelque temps. L'ancien garde des sceaux est descendu à l'hôtel des princes et reçoit fort peu.

***

Nécrologie : *Ch. Laveran.* — Nous apprenons à l'instant, avec le plus vif regret, la mort de M. le docteur Ch. Laveran, ancien directeur du Val-de-Grâce, médecin inspecteur des armées. M. Laveran avait mérité jeune encore et obtenu par le concours une situation élevée dans le corps de santé militaire. Comme professeur aux hôpitaux d'instruction, puis, après la suppression de ces écoles, comme médecin d'hôpital en France et en Algérie, il avait acquis une légitime autorité et publié des travaux remarqués. Aussi, au moment de la réorganisation de l'Ecole du Val-de-Grâce, fut-il chargé de l'enseignement de l'épidémiologie. Cette chaire venait d'être fondée et son programme dut être rédigé par le nouveau professeur. Après la mort de Michel Lévy, M. Laveran, nommé inspecteur quelques années auparavant, fut appelé au poste éminent de directeur du Val-de-Grâce. Le *Dictionnaire encyclopédique* doit à notre confrère plusieurs importants articles (*Gazette hebdomadaire.*)

***

La lutte pour l'existence. — Suivant une statistique officielle publiée par Darwin, 22,851 animaux sauvages et 127,295 serpents ont été détruits par l'homme aux Indes en 1877, tandis que 16,777 personnes sont mortes de piqûres de serpents et 2,918 ont été tuées par les tigres, léopards et autres animaux sauvages. L'avantage est à l'homme !

AVIS. — *Par application de la loi du 7 avril dernier, tous les bureaux de poste de France sont autorisés à recevoir les abonnements. L'administration du* Concours Médical, *prenant à sa charge la remise perçue par l'administration des postes, nos abonnés des départements n'ont qu'à verser, au bureau de poste de leur résidence, le montant de leur abonnement, tel qu'il est annoncé ci-dessus.*

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 10 6 septembre 1879.

BULLETIN DE LA SEMAINE.

—

La semaine dernière, nous annoncions la mort de Poggiale, et, au moment où nous mettions sous presse, nous apprenions celle de Chassaignac. Nous publions plus loin le remarquable discours prononcé à ses obsèques par M. le professeur Panas.

Notre confrère de la *Gazette des Hôpitaux*, M. le Dr Revillont, a donné lecture à l'Académie d'une étude très-intéressante sur Gallien, considéré comme vivisecteur. Nous nous souvenons encore du cours si remarquable du regretté Lorain qui, dans ses leçons à la Faculté, avait déjà rendu justice à ce grand médecin qui était encore un grand physiologiste. Le professeur d'histoire de la médecine n'avait pas assez de colère contre Chomel qui, dans son traité de pathologie générale, avait avancé cette hérésie, longtemps acceptée par tout le monde, que Gallien croyait le système artériel vide de sang !

Nous appelons toute l'attention de nos lecteurs sur les articles de M. Lereboullet et la lettre de M. le Dr Besnier que nous reproduisons intégralement. Il est impossible de mieux exprimer ce qui constitue la ligne de conduite du *Concours médical* vis-à-vis des *spécialités*. Nous avons seulement fait un pas de plus dans cette voie.

Nous reconnaissons, comme MM. Lereboullet et Besnier qu'il y a de bonnes spécialités, mais nous n'annonçons que celles-là, et après avoir, dans le journal, déclaré qu'il y en avait de mauvaises, nous refusons de les admettre à côté de ces produits que tout médecin soucieux de sa dignité peut prescrire. Nous reviendrons sur ces sujets intéressants. mais nous sommes heureux de voir exprimer si bien ce que nous pensions et disions dès le premier numéro de ce journal, et dans nos antérieures circulaires à nos adhérents avec lesquels nous sommes en complet accord sur ce point.

REVUES GÉNÉRALES

—

I

De l'anesthésie et de l'analgésie obtenues par l'action combinée du chloroforme et de la morphine.

Historique de la question.

Il nous a semblé nécessaire de résumer, pour les lecteurs du *Concours médical,* l'historique de cette intéressante question qui appelle de nouvelles observations pour être définitivement résolue.

C'est Claude Bernard qui en 1864, faisant des expériences sur les anesthésiques avait par hasard injecté à un chien qui venait d'être chloroformisé et revenait à lui ayant déjà recouvré la sensibilité de la cornée, 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Il vit avec étonnement l'insensibilité chloroformique se manifester de nouveau, bien qu'on n'eût pas donné de nouvelles doses de chloroforme qui pussent expliquer ce retour à l'anesthésie. Il continua ses expériences et arriva à cette conclusion que cette combinaison de la morphine et du chloroforme faisait disparaître les dangers de la chloroformisation pour ses chiens en permettant de n'employer qu'une très faible dose de chloroforme. Il pensa qu'il en pouvait être de même chez l'homme et recommanda sa méthode aux cliniciens.

A la même époque Nusbaüm, de Munich, était conduit fortuitement à faire la même expérience, et, à ce sujet, on a élevé et discuté une question de priorité de peu d'intérêt réel. Il paraît cependant que les observations de Nusbaüm précéderaient celles de Claude Bernard. M. le Dr de Brinon qui a discuté avec soin cette question et qui reconnaît la priorité de la découverte en faveur de Nusbaüm conclut en des termes auxquels nous nous associons : Nous devons continuer à considérer Claude Bernard comme le père de cette méthode d'anesthésie mixte, car, s'il n'a pas été le premier à en constater les effets, il a, du moins, su s'approprier la question en l'étudiant sous toutes ses faces et en s'efforçant d'en bien faire ressortir les avantages pratiques. Ainsi Nusbaüm s'était borné, dans ses quatre faits, à injecter de la morphine *après chloroformisation préalable,* et il avait obtenu de la sorte un sommeil prolongé de 8, 10 et 12 heures. Claude Bernard, au contraire, a fait un grand nombre d'expériences en se plaçant dans des conditions diverses et, de ses travaux il résulte que l'emploi combiné de la morphine et du chloroforme doit être élevé au rang d'une véritable méthode anesthésique ayant ses indications et ses contre-indications. Il montre, par exemple, combien diffèrent entre eux les résultats obtenus par une injection de morphine pratiquée *avant* ou *après* les chloroformisations : si l'*injection est faite après,* elle produit un sommeil qui peut durer 10, 12, 15 heures, souvent même au-delà. Au contraire, quand l'injection de morphine est pratiquée *avant la chloroformisation,* il a vu que de faibles doses de chloroforme suffisent pour produire l'anesthésie, et que dès la suspension des inhalations, le patient était rapidement tiré du sommeil.

Un certain nombre de chirurgiens entrèrent immédiatement dans la voie tracée par Claude Bernard. M. Ollier (de Lyon) employa les inhalations de chloroforme suivies d'une injection de morphine avec un succès complet et sans accident pour des amputations de membres faites par le moyen des caustiques.

Il réussit à rendre tolérables ces opérations très longues et très douloureuses. Il substituait parfois l'éther au chloroforme et le sommeil était prolongé jusqu'à 24 ou 48 heures.

En 1872 (compte-rendu, Académie des Sciences, 26 février 1872), MM. Labbé et Goujon publièrent le résultat de leurs expériences, chez quatre malades que M. Labbé devait opérer, ils faisaient d'abord une injection de morphine et au bout d'un temps variable, ils pratiquaient les inhalations de chloroforme.

Les résultats obtenus leur permettent d'affirmer :

1° Que l'on peut obtenir chez l'homme, comme l'a montré Cl. Bernard pour les animaux, l'anesthésie bien plus rapidement en combinant l'action du chloroforme et de la morphine ;

2° Que cette anesthésie est de plus longue durée et peut se prolonger très longtemps avec de faibles doses de chloroforme, et que, par ce fait, les risques d'accidents mortels peuvent se trouver considérablement diminués.

Ils croient également que l'on pourrait sans inconvénients, élever un peu la dose de chlorhydrate de morphine dans l'injection préalable, et qu'il y aurait peut-être avantage à pratiquer l'injection un peu plus longtemps avant l'opération qu'ils ne l'ont fait. Ils ont cru remarquer que tout n'avait pas été absorbé au point où avait été pratiquée l'injection.

Quelques mois plus tard, M. Grosjean, médecin aide-major, rapporta 19 observations prises dans les services de MM. Rigaud et Sarrazin à Strasbourg qui appliquèrent aussi sur l'homme et aevc le même succès, cette méthode d'anesthésie.

Voici les conclusions du Dr Grosjean :

1° Les doses de solution de morphine que l'on injecte n'ont pas besoin d'être fort élevées pour être efficaces ; mais il faut alors que les injections soient faites au moins quarante-cinq minutes avant l'opération.

2° Si une opération est décidée et doit être pratiquée sur-le-champ, une injection de morphine augmentera la période d'excitation, et si la dose injectée est assez élevée, des accidents d'asphyxie pourront se présenter. Néanmoins cette excitation sera courte, la résolution rapide, et le réveil pourra se faire complétement en un temps très court.

3° L'association de la morphine au chloroforme est utile dans les opérations de longue haleine ou dans les cas où l'anesthésie prolongée est nécessaire.

4° Elle est contre-indiquée dans les opérations chirurgicales où le blessé doit aider le chirurgien ; surtout dans les opérations de la face, où l'opéré doit veiller à ce que du sang ne s'introduise pas dans les voies aériennes.

5° A la suite des opérations pratiquées, l'anesthésie étant obtenue par cette combinaison, on remarque moins de malaises et l'on obtient un repos avantageux pour les résultats opératoires et qui peut empêcher bien des accidents consécutifs aux traumatismes chirurgicaux.

La dose de morphine employée par MM. Labbé et Goujon était de 0,02 centigrammes. Dans les observations recueillies par M. Grosjean, la dose n'a jamais dépassé 0,01 centigramme.

MM. Ollier, Goujon et Labbé, Grosjean reconnaissaient donc à cette association de la morphine et du chloroforme, l'avantage de produire plus rapidement l'anesthésie et de la prolonger en employant une faible dose de chloroforme.

Ces observations touchent un seul côté de la question : l'anesthésie.

En 1870, M. le Dr Guibert (de St-Brieuc) avait déposé à l'Académie des Sciences un pli cacheté qui fut ouvert, sur sa demande, en 1872. Ce que M. Guibert avait vu de réellement nouveau, c'était cet état particulier d'*insensibilité complète à la douleur avec conservation, au moins partielle, de l'intelligence, de la sensibilité tactile, auditive et visuelle, et des mouvements volontaires*, état qui diffère absolument de la demi-anesthésie obtenue par le chloroforme et l'éther employés seuls, en ce qu'elle n'est point précédée et accompagnée d'une période d'hyperesthésie, avec excitation violente et tendance à l'exagération des arrêts réflexes du cœur et, par suite, à la syncope.

Cet état désigné sous le nom d'analgésie chirurgicale diffère tellement de l'anesthésie mixte de MM. Labbé, Goujon et Grosjean que, précisément les cas d'opérations sur la face, où le blessé doit empêcher que le sang ne s'introduise dans les voies aériennes, et qui selon M. Grosjean constituent une contr'indication de la méthode d'anesthésie mixte, sont une indication et un bienfait de la méthode d'analgésie mixte.

Nusbaüm de Munich a aussi observé cette dissociation des phénomènes de la chloroformisation combinée avec la morphine, mais il n'a rien publié à cet égard, et c'est avec surprise qu'on voit M. de Brinou, dans son excellent travail, qualifier ces phénomènes observés et décrits par M. Guibert, du nom de Narcose de Nusbaüm.

Nous renvoyons nos lecteurs à l'article de M. Guibert (*Concours médical*, n° 2) pour avoir plus de détails sur ce sujet, mais il n'était pas inutile, croyons-nous, de revenir sur la partie historique de cette question et d'établir, que la méthode d'analgésie mixte qui a été l'objet d'un certain nombre de travaux dans ces derniers temps appartient bien à M. Guibert. M. le Dr Pinard, dans sa thèse d'agrégation, a étudié notamment les effets de cette méthode dans les accouchements, à l'aide des observations de M. Guibert et de quelques autres recueillies à la Maternité.

En raison de l'intérêt de cette question et des controverses dont l'anesthésie obstétricale est l'objet nous rapporterons ici les conclusions de M. Pinard ;

Il est un fait qui frappe tout d'abord, c'est le calme qui survient dès les premières inhalations de chloroforme, ensuite cette atténuation de la douleur allant jusqu'à l'analgésie complète dans certains cas, rares il est vrai.

Il est curieux de constater, d'après les remarques du Dr Guibert, lui-même, que quand la femme est sous l'influence de la morphine, les douleurs se montrent vives ; l'influence de la morphine vient-elle à disparaître, tout en continuant le chloroforme, les douleurs reparaissent au moment de la contraction. Cela prouve au moins qu'on ne peut guère faire disparaître l'élément douleur, quand on emploie isolément le chloroforme ou la morphine, sans donner des doses considérables. *Aussi ne peut-on comparer l'analgésie du Dr Guibert à l'analgésie ou anesthésie obstétricale de certains auteurs.*

Mais si cet état obtenu par le Dr Guibert est

excellent pour pratiquer des applications de forceps, si l'on ne fait pas courir à la femme les dangers de l'anesthésie chloroformique poussée jusqu'à la résolution complète, il faut reconnaître également que, dans l'accouchement naturel, le travail paraît être considérablement *ralenti*, la contractilité utérine *diminuée* ainsi que la rétractilité.

II

DU TRAITEMENT DES HÉMORRHOÏDES (1)

Les hémorrhoïdes, *varices rectales ou anales*, sont des tumeurs d'une fréquence extrême ; avec les fistules, elles constituent plus de la moitié des maladies des régions anales et rectales. Sur quatre mille observations de maladies du rectum relevées par Allingham à l'hôpital St-Mark de Londres, les fistules et les hémorrhoïdes sont au nombre de deux mille cent soixante-treize. Ces chiffres si élevés qu'ils soient, d'ailleurs, sont encore au-dessous de la réalité, car nombre de malades, respectant leur infirmité, ne consultent jamais de médecins.

L'opinion vulgaire qui faisait accepter les tumeurs hémorrhoïdales comme une sorte de bienfait du ciel, devant garantir les bilieux et les pléthoriques des accidents les plus graves, était partagée par beaucoup de médecins, subissant plus ou moins directement l'influence des idées de Stahl. De nos jours les belles leçons de M. Gosselin n'ont pas peu contribué à réduire cette antique doctrine à sa juste valeur, et ce n'est que relativement assez récemment que le traitement de ces tumeurs a acquis un certain degré de précision.

Il ne faudrait cependant pas tomber dans un excès contraire. Il n'est pas utile de toucher à certaines hémorrhoïdes, non pas tant à cause de cette crainte quasi-mystérieuse de la vengeance de la force vitale que parce que toutes les fois qu'une opération, si simple qu'elle soit, n'est pas absolument nécessaire, elle est formellement contre indiquée. En général, les phénomènes douloureux et les hémorrhagies répétées et abondantes doivent guider le chirurgien dans son intervention. Il est encore une autre catégorie de ces tumeurs qui réclament purement et simplement un traitement palliatif : ce sont les hémorrhoïdes symptomatiques et notamment les varices rectales consécutives au cancer du rectum, aux calculs, à la grossesse, aux affections hépatiques, etc. C'est une question de diagnostic et de mesure qu'il appartient au praticien de discerner et de trancher dans l'intérêt du malade. Nous insisterons seulement ici sur ce point que s'il est inutile ou même nuisible d'opérer dans ces cas, il faut se garder de prendre ces complications comme un bienfait. La plupart du temps, le développement de ces tumeurs est une aggravation de l'affection générale qui leur a donné naissance. Cette remarque est d'autant plus nécessaire que quelques médecins ont proposé de faire naître artificiellement des hémorrhoïdes chez les phthisiques pour prolonger leurs jours. Certains auteurs pensent, en effet, qu'en supprimant les hémorrhoïdes chez les tuberculeux on expose le patient à des congestions très-dangereuses, comparables à celles qui surviennent chez la femme lorsque la menstruation est brusquement arrêtée. Trousseau (1), lui-même, écrivit un mémoire sur le moyen de provoquer ou de rappeler le flux hémorrhoïdal. C'était aux suppositoires stibiés que le célèbre clinicien conseillait d'avoir recours au lieu des ventouses employées alors dans ce but.

Nous adoptons dans cette *revue*, la division généralement adoptée en *hémorrhoïdes externes* et en *hémorrhoïdes internes*.

Hémorrhoïdes externes. — Elles se présentent sous la forme d'excroissance de la peau, ou de tumeurs sanguines veineuses, elles sont complexes dans leur aspect comme dans leur nature, et dans l'état ordinaire sont inoffensives.

Mais sous l'influence d'une irritation quelconque ces tumeurs peuvent devenir le siége d'une inflammation aiguë et causent alors au malade des souffrances parfois excessivement vives, soit parce que le sujet est prédisposé à la douleur par un état particulier de son système nerveux, soit en raison de l'excès de distension des hémorrhoïdes. Mais entre ces deux états, il y a toutes les périodes intermédiaires et il faut préciser les règles de conduite qui y sont applicables.

Pour les hémorrhoïdes flasques, molles et indolentes, dit M. Gosselin, il n'y a absolument rien à faire. Ce n'est pas d'ailleurs dans ces conditions, comme le fait remarquer le Dr D. Mollière, que le médecin est consulté.

Pour celles qui sont légèrement turgescentes, sans douleur, avec un peu de tuméfaction, rien à faire encore que quelques applications froides.

Allingham insiste sur les soins hygiéniques à recommander au malade et sur le régime, qui doit être frugal : végétaux bien cuits, pas beaucoup de viande, ni bière, ni alcool, et pas de vin, si c'est possible. Diminuer l'usage du tabac, si le malade est fumeur. Bains tièdes. Application d'un mélange de glycérine et d'acide tannique. Limonade au citrate de magnésie ou une pilule de Plummer.

Quand les hémorrhoïdes externes sont passées à cet état de turgescence qu'on peut attribuer à l'inflammation aiguë, M. Gosselin prescrit l'application de linges mouillés d'eau froide, le cataplasme de fécule froid, les bains de siége froids ou tièdes, enfin les sangsues. En même temps, il fait prendre à l'intérieur des laxatifs, mais s'ils amènent des contractions spasmodiques, « il faut se contenter d'un purgatif tous les quatre ou cinq jours. »

Cette méthode offre l'inconvénient d'être trop peu expéditive, par conséquent de laisser le malade en proie à de vives souffrances et de favoriser la transformation des hémorrhoïdes veineuses en marisques.

On a reproché, en outre, aux sangsues d'exagé-

(1) GOSSELIN. — *Leçons sur les hémorrhoïdes 1866*. — CURLING. Maladies du rectum, traduction française. — W. ALLINGHAM. Maladies du rectum, diagnostic et traitement. — Traduction et notes du Dr Poinsot 1877. — LANNELONGUE. Article : Hémorrhoïdes, in Dict. de Jaccoud. — FONTAN, VERNEUIL, etc., Bulletin de la Société de Chirurgie 1877. — MONOD. — De la dilatation forcée de l'anus, th. de Paris 1877. — DANIEL MOLLIÈRE. Traité des maladies du rectum et de l'anus 1877.

(1) Trousseau. — Journal des connaissances médico-chirurgicales, 1836-37.

rer les phénomènes inflammatoires. Dans le cas où on se déciderait à user de ce moyen, il ne faudrait pas en tout cas imiter la conduite de Récamier qui les appliquait sur la tumeur elle-même, mais bien en dehors d'elles, à une certaine distance de l'ouverture anale.

Quant aux bains, M. Lannelongue dit qu'il a obtenu par leur usage une plus grande durée des crises douloureuses et une exagération de l'inflammation. Le fait est vrai pour les bains de siége froids. Mais l'effet des grands bains tièdes est incontestablement excellent.

Pour Allingham et M. Molliere les émollients, le froid et les narcotiques sont inutiles dans ces cas franchement aigus. C'est à peine si on obtiendra un soulagement passager. Aussi est-ce au traitement chirurgical qu'ils conseillent l'un et l'autre d'avoir recours.

La crainte de la phlébite et de l'hémorrhagie a seule empêché cette méthode de se généraliser. Cependant M. Gosselin déclare ces craintes peu fondées.

On a proposé l'*incision*, l'*excision* et la *cautérisation*. L'incision est la méthode la meilleure. Les plis de la peau peuvent être insensibilisés avec l'éther, la tumeur est saisie avec une pince à griffes. On prendra soin de ne pas couper trop de peau, de faire l'incision dans la direction des plis radiés de l'anus, afin d'éviter la rétraction cicatricielle. Avec la pointe d'un bistouri ou d'une lancette on ouvre l'ampoule turgescente et on fait sortir le caillot par expression. Allingham saisit la tumeur doucement entre le pouce et l'index de la main gauche, en traverse la base avec un bistouri convexe et en sectionne seulement une moitié.

La cicatrisation se fait avec rapidité et jamais on n'a vu d'hémorrhagie sérieuse se produire, à tel point qu'Asthon s'appuie sur le peu de valeur de la perte sanguine pour nier la nature veineuse de ces tumeurs.

Le repos absolu est recommandé d'ailleurs au malade pendant les quelques heures qui suivent l'opération

Dans le procédé d'Allingham, il s'agit d'une demi-excision. Dans quelques cas on a recours à l'*excision*, qui trouve son indication quand on trouve au pourtour de l'anus une série de tumeurs enflammées, constituées par des tissus que des attaques antérieures ont déjà rendus durs et sensibles (D. Molliere). — Il faut absolument anesthésier le patient car la douleur serait atroce puisque c'est précisément au moment même de l'attaque que l'excision trouve son indication.

L'opération donne un résultat excellent, le soulagement est immédiat et la guérison très prompte. Quand il existe un certain nombre de tumeurs, l'excision ne devra porter que sur une ou deux d'entre elles.

Quand on se trouve en présence d'une tumeur hémorrhoïdale enflammée qui a abouti à la suppuration, l'intervention du chirurgien est toute indiquée, enfin quand la gangréne s'en empare : on se bornera à faciliter l'élimination de l'eschare.

Mais ces terminaisons devront être évités si l'on agit avec assez d'énergie et au moment opportun.

Il est des cas où le malade ne veut à aucun prix se soumettre à l'opération et il devient nécessaire d'avoir recours purement et simplement au traitement antiphlogistique.

Nous avons vu les moyens préconisés par M. Gosselin. Allingham recommande d'enduire les parties tuméfiées avec une pommade composée d'extrait d'opium et d'extrait de belladone, en parties égales et *d'appliquer ensuite un cataplasme chaud*. Selon le chirurgien anglais, ce dernier moyen procure en général, un soulagement assez rapide et lui semble plus efficace que les applications froides.

Quand on a recours au froid, en effet, il faut en continuer longtemps l'usage. Nous avons vu aussi que M. Lannelongue semble s'élever contre l'usage des bains de siége froid.

Quelques auteurs ont recommandé les pulvérisations d'éther, mais dès que l'impression du froid a disparu, la douleur revient plus vive et plus intolérable.

Le médecin consulté par un malade porteur d'hémorrhoïdes qui présenteront seulement des phénomènes d'irritation de moyenne intensité devra s'attacher à prévenir l'accés douloureux ou le retour d'nn accès antérieur. Il faut bien savoir, ainsi que le fait très justement remarquer Allingham, qu'une crise d'hémorrhoïdes externes prédispose à une autre ; aussi est-il utile de prescrire au patient un régime qui lui permette d'éviter ces récidives. La question du régime du diabétique s'impose donc à l'attention du médecin appelé à donner ses soins à un hémorrhoïdaire. D'une manière générale, il doit se nourrir frugalement ; le poisson, les légumes frais, bien cuits, et les fruits mûrs doivent constituer une grande part de son régime ; il doit éviter, point difficile, l'alcool, la bière, et prendre le moins possible d'excitants ; le café fort et les mets épicés lui sont interdits ; il ne doit pas fumer, ou du moins ne le faire qu'avec modération ; il doit prendre beaucoup d'exercice, mais ces exercices ne doivent pas être violents, ni poussés jusqu'à la fatigue, il doit coucher sur un matelas et ne jamais oublier de laver la partie affectée, soir et matin, à l'eau froide ; enfin, il doit se tenir l'instestin libre et fonctionnant tous les jours.

Si ce résultat ne peut être obtenu sans l'aide de médicaments, il se trouvera fort bien des préparations de poivre noir, de soufre et de séné en parties égales ; il peut en prendre une ou deux cuillerées à café chaque matin, ou matin et soir, si besoin est.

L'observation rigoureuse de ce régime, dit Allingham, fera, suivant toute probabilité, disparaître la tendance aux hémorrhoïdes. Il est inutile d'ajouter que cette rigoureuse observation du régime de l'hémorrhoïdaire est difficile à faire observer. Il faut cependant user de toute son influence sur le malade pour qu'il s'en écarte le moins possible. — Dr P.

COURS PUBLIC

ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE LARYNGOSCOPIE ET DE LARYNGOLOGIE

DU Dr CADIER

(Suite.)

Laryngite inflammatoire.

Cette inflammation survient, comme celles que nous venons d'étudier précédemment, par l'impres-

sion du froid ou par l'action directe d'un corps irritant, elle reconnaît également pour causes spéciales les efforts brusques de la voix, les cris prolongés ; elle peut encore être déterminée par la toux opiniâtre de la *bronchite aiguë.*

Certains enfants ont une prédisposition toute spéciale pour cette affection et à chaque fois qu'ils sont atteint de bronchite, leur toux prend, les premiers jours, les caractères de la toux croupale en raison de l'inflammation et du gonflement des cordes vocales. Ce symptôme effraie beaucoup les parents. Il est très-important que le médecin, après un examen attentif du petit malade, arrive à préciser son diagnostic afin de pouvoir les rassurer lorsqu'il se trouve en présence d'une de ces idiosyncrasies.

Dans ces cas, la laryngite n'a généralement qu'une durée assez éphémère, et, le plus souvent, le deuxième ou troisième jour de la bronchite la toux reprend son timbre normal.

Dans la laryngite inflammatoire aiguë il a été rarement possible de faire un examen laryngoscopique. Lorsque cette exploration a été possible, on a constaté une rougeur généralisée et un gonflement des bandes ventriculaires des cordes vocales et des éminences aryténoïdes ; lorsque l'inflammation est très-vive, on a pu même constater une légère excoriation due à la desquammation épithéliale.

Dans certains cas, on a trouvé une rougeur plus vive et une inflammation en quelque sorte localisée à la commissure postérieure et à la partie sous-glottique du larynx, et l'on a remarqué que cette localisation de l'état inflammatoire s'accompagnait d'une toux beaucoup plus opiniâtre et presque incessante.

Cette remarque vous permettra chez les malades qui sont atteints de cette toux quinteuse, de présumer, même avant l'examen laryngoscopique, que l'on a affaire à cette localisation toute spéciale.

Les symptômes de cette affection sont : la sécheresse de la gorge avec du picotement, une sensation de brûlure et une soif assez vive ; selon le siége de l'inflammation, la voix sera plus ou moins éteinte et la toux plus ou moins fréquente. Lorsque la laryngite n'est pas accompagnée de bronchite, la réaction fébrile est peu intense.

La durée de la laryngite franchement aiguë est en moyenne de 5 à 8 jours, mais il persiste souvent après, et quelquefois pendant assez longtemps, de l'asynergie des cordes vocales qui est occasionnée par une irritation des anses nerveuses terminales dans la papille enflammée. Lorsque cette complication a lieu, la voix du malade conserve un timbre voilé et un peu rauque jusqu'à la parfaite guérison de l'asynergie vocale ; si cette asynergie est peu prononcée, elle ne porte aucune entrave à l'exercice ordinaire de la voix pour les besoins de la conversation ; mais lorsque le malade qui en est atteint est orateur ou chanteur, il a de la difficulté à bien rendre les différentes modulations de la voix, et il éprouve très-rapidement une fatigue de l'appareil vocal qui le met dans l'impossibilité de donner la note juste.

Nous reviendrons sur ce sujet lorsque nous étudierons l'angine des orateurs et des chanteurs.

Traitement. Au début il faut donner des boissons chaudes et faire des inhalations de vapeurs ainsi que des pulvérisations de liquide émollient. Dans les cas de laryngite les gargarismes sont complétement inutiles puisque leur action ne s'étend qu'à la partie la plus supérieure du larynx.

Il faut, en même temps, toucher les parties malades avec une solution de glycérine morphinée au vingtième ; si cette opération n'est pas possible, il faut alors avoir recours à des pulvérisations chaudes faites avec le liquide suivant :

Hydrochlorate de morphine ...	0 gr. 20.
Glycérine	40 gr.
Alcoolature d'aconit	10 gr.
Eau	80 gr.

Une cuillerée à bouche pour chaque pulvérisation.

En même temps on fera prendre au malade une potion calmante, on lui fera garder la chambre à une température assez élevée, en le priant autant que possible d'éviter de parler. Les inhalations chaudes seront très-utiles pendant les deux premiers jours. Lorsque survient la complication de l'asynergie des cordes nasales il faudra avoir recours aux courants induits appliqués pendant trois ou quatre minutes avec un pôle en avant du larynx et l'autre en arrière d'une des oreilles. Le traitement local consistera en pulvérisations chaudes avec la formule que nous venons d'indiquer plus haut, et en applications directes sur les cordes nasales de glycérine morphinée au vingtième. Si l'on a affaire à des sujets nerveux il sera très-utile de leur faire prendre chaque jour à l'intérieur de deux à quatre grammes de bromure de potassium. Il est indispensable de leur recommander en même temps d'éviter tout exercice un peu prolongé de la voix.

Laryngite striduleuse.

Un enfant de six à dix ans, atteint depuis un ou deux jours d'une bronchite aiguë ou d'un peu de laryngite s'est endormi aussi tranquillement que d'habitude ; tout à coup, vers le milieu de la nuit, il est brusquement arraché au sommeil par une sensation de suffocation imminente, il se dresse sur son lit et cherche à échapper au péril dont il se sent menacé ; la dyspnée est considérable, les inspirations rapides, saccadées, la respiration est bruyante et accompagnée à chaque inspiration d'un sifflement prolongé, la toux est rauque et souvent aiguë (toux striduleuse) la voix est enrouée, déchirée, le petit malade dans

une agitation extrême peut quelquefois présenter des symptômes convulsifs et l'on voit souvent survenir la congestion et la turgescence de la face qui sont les signes d'une asphyxie commençante.

Les parents affolés croient à une atteinte subite de croup, mais vous pouvez les rassurer avec toute certitude, car vous avez affaire à une attaque de laryngite striduleuse. En effet, au bout de quelque temps, l'accès diminue peu à peu d'intensité et se termine même quelquefois aussi brusquement qu'il a débuté ; tout rentre dans l'ordre, et, le plus souvent, l'enfant reprend son sommeil interrompu et achève sa nuit avec le plus grand calme.

Le traitement de cette affection ne présente rien de particulier, il est bon toutefois de faire usage des sinapismes aux jambes et des applications réitérées d'une éponge imbibée d'eau chaude sur le devant du cou, ainsi que des inhalations de vapeur d'eau.

Lorsque la durée de l'accès se prolonge il faut avoir recours à un vomitif.

Angines inflammatoires chroniques.

A la suite d'une ou de plusieurs atteintes d'angine inflammatoire aiguë, il peut succéder, chez certains malades une inflammation subaiguë ou même chronique des différentes partie de l'appareil vocal ; mais, en raison du grand nombre de glandes qui se trouvent réparties dans toute cette région, cette inflammation chronique se localise tout particulièrement sur le système glandulaire, et l'affection prend alors la forme de l'angine catarrhale chronique, cette considération nous engage à en réserver l'étude au chapitre qui traitera de l'angine catarrhale chronique.

Je ferai cependant une exception pour l'amygdalite chronique qui présente une allure un peu spéciale tant à cause de sa localisation nettement limitée qu'à cause de cette hypertrophie souvent très-considérable qui lui donne un cachet tout particulier.

Amygdalite chronique et hypertrophie des amygdales.

En étudiant les différentes variétés de l'amygdalite aiguë, nous avons vu que la résolution ne se produisait souvent que d'une manière très-imparfaite, l'on peut joindre à cette cause celle qui résulte d'un volume congénital exagéré des amygdales, volume qui n'est pas exclusif, comme on l'a cru longtemps, au tempérament scrofuleux. En raison de cette double cause, nous pourrons trouver, chez un grand nombre de jeunes gens, des amygdales très volumineuses avec une tendance toute spéciale à des atteintes fréquentes d'amygdalites subaiguës qui, laissant elles-mêmes de nouvelles traces de leur passage, déterminent, chez certains sujets, un volume souvent très-considérable des amygdales. De plus, cet état inflammatoire presque continu de l'amygdale détermine souvent sur les parties qui l'entourent une inflammation de voisinage dont la propagation au pharynx et à l'orifice de la trompe d'Eustache peut occasionner des désordres fonctionnels assez préjudiciables, telle que la surdité, dans quelques cas de propagation à la trompe d'Eustache.

Ces différentes considérations ont déterminé un grand nombre de médecins à essayer de combattre cette amygdalite chronique et cette hypertrophie des amygdales et par des traitements médicaux et par des moyens chirurgicaux.

Comme thérapeutique médicale on a eu recours aux applications directes de substances plus ou moins caustiques. La médication employée pendant longtemps consistait à faire des cautérisations avec de l'alun soit en poudre soit mêlé avec du miel ; quelques résultats heureux ont été obtenus mais ils ne sont pas assez nombreux pour nous engager à y avoir recours.

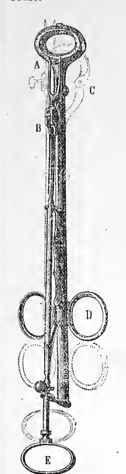
L'iode métallique, en solution concentrée a donné à Isambert des résultats plus favorables, voici la formule dont il faisait usage :

Iode métallique........	0 gr. 50
Iodure de potassium...	1 gr. 00
Glycérine	10 gr. 00

En badigeonnage sur les amygdales.

Ce traitement demande à être continué pendant longtemps et avec beaucoup de régularité, aussi les malades ont rarement la constance de continuer le traitement pendant le temps nécessaire. Dans le but d'en activer les effets, je fais faire matin et soir par les malades un badigeonnage avec une teinture concentrée d'une plante du Brésil le *tayuya*, et je pratique, moi-même, deux fois par semaine, une cautérisation avec une solution d'iode métallique au dixième ou au quinzième selon les cas. Sous l'influence de cette double médication, j'obtiens des résultats beaucoup plus rapides. Lorque, par ce traitement, l'amélioration se fait attendre un peu trop longtemps, je remplace l'une des cautérisations bi-hebdomadaires à l'iode métallique par une cautérisation avec une pointe fine d'un galvano-cautère au rouge blanc. Cette cautérisation n'est pas douloureuse, et les malades la supportent très facilement. Dans les cas assez rares où ce traitement ne donne pas de résultats satisfaisants ou lorsque le malade n'a pas la patience de s'y soumettre pendant le temps nécessaire, j'ai alors recours au traitement chirurgical et je pratique l'ablation des amygdales. Pour cette opération je me sers d'un amygdalotome perfectionné d'Aubry, à lame de bistouri courbe sectionnante ; l'instrument tranche l'amygdale avec beaucoup plus de facilité que l'ancien appareil à anneau sectionnant,

ce qui rend cette opération beaucoup moins douloureuse.



MANUEL OPÉRATOIRE

1° Mettre deux doigts dans les anneaux D.

2° Le pouce dans l'anneau ovale E.

3° Engager l'amygdale dans la fenêtre A de l'instrument.

4° Rapprocher les doigts engagés dans les anneaux D de celui du pouce engagé dans celui E et la fourchette en 2 piqués de lance fixe l'amygdale qui ne peut plus sortir.

5° La fourchette en glissant dans une rainure pratiquée sur le dessus du corps de l'instrument, se soulève lorsqu'elle est arrivée au bout de sa course et tend plus ou moins l'amygdale suivant que l'on a élevé la vis B.

6° L'amygdale tendue, la lame sectionnante part et coupe sans aucun effort en décrivant l'arc de cercle comme il est indiqué par le pointillé C.

Après cette opération, il faut avoir soin de faire gargariser le malade avec des décoctions émollientes et mucilagineuses et de ne lui permettre pendant quelques jours qu'une nourriture composée de bouillies et de potages.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 11 août.

— MM. *Couty* et *de Lacerda* adressent une note sur l'action du venin du *Bothrops jarara cussu*, serpent dont l'espèce est assez nombreuse au Brésil. Sur les animaux, on a constaté, après injection du venin, des symptômes d'excitation des organes abdominaux, mais la forme de ces accidents d'excitation a été variable, comme si, suivant les animaux, le venin localisait son action tantôt dans un appareil et tantôt dans un autre ; mais toujours la mort a été précédée d'une période de paralysie complète du myélencéphale, avec résolution des membres, chute de la tension artérielle, accélération du cœur et perte des réflexes médullaires, puis sympathiques. Le venin a donc une action élective sur cet appareil. La rapidité foudroyante de sa diffusion, la paralysie qui atteint si instantanément le système nerveux, font comprendre le danger des morsures de ces reptiles et le peu d'action des agents médicamenteux. Ce sont, à peu de chose près, les mêmes effets que ceux du venin de la vipère de nos pays, mais avec une intensité bien autrement grande. MM. Couty et de Lacerda continuent leurs intéressantes recherches.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant, pour la section de médecine et chirurgie, en remplacement de feu M. Lebert, de Lausanne. Au premier tour de scrutin, les votants étaient au nombre de 29, M. Palasciano obtient 22 suffrages, M. Hannover 6 et M. Ludwig 1. M. Palasciano ayant obtenu la majorité absolue des suffrages est proclamé élu.

—M. Arloing envoie une nouvelle note sur les effets physiologiques comparés du chloral, du chloroforme et de l'éther. Nous analyserons dans un prochain numéro, le travail complet et très remarquable du physiologiste de Lyon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du mardi 2 septembre.

M. le Dr *Panas* donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de Chassaignac.

Au nom de l'Académie de médecine, dont Chassaignac était membre, je viens adresser à notre illustre et regretté collègue un dernier adieu.

Fils de ses œuvres, Chaissagnac appartenait à cette forte génération, qui depuis Boyer et Dupuytren jusqu'à nos jours, a élevé haut et ferme dans le monde entier le renom de la chirurgie française.

Maître accompli par son savoir et sa vaste expérience, auteur dans le sens vrai du mot, puisqu'il fut assez heureux pour faire des découvertes ; opérateur habile en même temps qu'inventeur de méthodes opératives nouvelles, Chassaignac à été sans conteste une des grandes figures chirurgicales de notre époque.

Sa mort, que nous déplorons aujourd'hui, n'est que le tribut payé par lui à la destinée commune, mais sa vie scientifique restera impérissable dans la mémoire des hommes.

Je ne parlerai pas ici, Messieurs, de l'érudit, ni du professeur éloquent et convaincu, encore moins du travailleur infatiguable qui, pendant près de quarante ans, a consacré sa vie entière à l'instruction de la jeunesse et à l'avancement de la science.

Devant cette tombe prête à se fermer, je me bornerai à signaler parmi les œuvres de Chassaignac celles qui font de lui une de nos gloires scientifiques les plus pures et les mieux justifiées.

Opérer, en évitant l'effusion du sang humain, tel fut le grand problème qui se posa dès l'origine de l'art aux méditations des chirurgiens. Aussi, le jour où le grand Ambroise Paré se servit de la ligature comme moyen d'hémosthase, il fit faire à la médecine opératoire un immense progrès.

Pourtant tout n'était pas dit, et bien des opérations, intéressant des tissus éminemment vasculaires, tels que la langue et les divers plexus veineux étaient justement redoutées des chirurgiens. Ce fut un véritable perfectionnement dans l'art de l'hémostase chirurgicale, que l'invention faite par Chassaignac, d'une nouvelle méthode d'exerese qu'il appelle « l'écrasement linéaire, » cette méthode, universellement employée, suffirait à elle seule pour rendre le nom de Chassaignac impérissable, si d'autres découvertes n'étaient venues agrandir sa juste renommée.

Parmi celles-là, nous signalerons en première ligne le « drainage chirurgical » nom donné par lui à l'évacuation permanente des liquides pathologiques au dehors, à l'aide de tubes de caoutchouc perforés ou « drains. » L'idée n'était pas absolument originale, puisque déjà, dans Guy de Chauliac, il est fait mention de tubes en plomb « pertuisés, » et que Cloquet et d'autres s'étaient servis, dans le même but, de sondes en gommes. Toutefois, c'est à Chassaignac que revient l'honneur d'avoir généralisé la méthode, et surtout d'avoir démontré qu'on pouvait éviter de la sorte, les complications graves et parfois mortelles des plaies.

Les applications qu'on fait aujourd'hui du « drainage » ont pris en chirurgie une telle extension, qu'on peut dire que la découverte de Chassaignac est une de celles qui honorent le plus le corps chirurgical français.

Cette question capitale du traitement des plaies reçut de Chassaignac une nouvelle impulsion, le jour où, pour soustraire la plaie à l'action nocive de l'air, il eut l'idée de réaliser les avantages de la méthode dite « par occlusion «, en y appliquant une cuirasse de sparadrap de diachylum. Sans doute, le pansement ouaté a dépassé, à l'heure qu'il est, la cuirasse de diachylum, mais il serait injuste de ne pas considérer Chassaignac comme un des précurseurs de la méthode par occlusion.

La trachéotomie, pratiquée en un seul temps chez l'adulte, à l'aide d'un procédé particulier, l'emploi des douches froides dans le traitement de l'opthalmie purulente des nouveaux-nés, l'application de la glace en permanence sur l'œil opéré de cataracte, la description, de main de maître, de l'ostéo-myélite et du traitement qui lui convient, voilà autant de points de thérapeutique chirurgicale que Chassaignac s'efforça de perfectionner, pour le plus grand bien de l'humanité souffrante.

Honneur donc à lui, et, lorsque le moment sera venu, l'Académie s'empressera la première, par la voix si autorisée de son secrétaire perpétuel, de décerner à notre éminent et regretté collègue les éloges qu'il mérite, à tant de titres.

Messieurs, des travaux de cette importance ouvrirent sans peine à Chassaignac les portes de diverses sociétés savantes, qui se sentaient honorées de le posséder et en particulier de l'Académie de médecine, où il fut nommé, à une grande majorité, au mois d'avril 1868, dans la section de pathologie externe.

Ancien agrégé de la Faculté de Paris, professeur libre de grand mérite, compétiteur redoutable à l'époque où le concours pour le professorat plaçait devant lui des champions tel que Blandin, Bérard, Laugier, Malgaigne et Nélaton, Chassaignac eût mérité de trouver sa place au sein de la grande école de Paris. Malheureusement le sort en a voulu autrement, et Chassaignac, loin de se décourager, produisit alors, presque coup sur coup, avec cette activité dévorante qui le caractérisait, ses plus beaux et ses plus impérissables travaux.

Accablé par la maladie, Chassaignac avait cessé, dans les deux ou trois dernières années, de prendre une part active aux travaux de l'Académie de médecine. Un court répit lui ayant rendu l'espoir, nous le vîmes dernièrement réapparaitre à l'Académie, qui le fêta comme on fête des amis qu'une longue absence porte à considérer comme à jamais perdus. Hélas! l'illusion n'a été que de courte durée et l'apparition éphémère de notre collègue parmi nous n'a servi qu'à prouver une fois de plus son amour ardent pour la science. Alors que son corps dépérissait, son esprit d'élite par excellence luttait avec la mort qui, en vain, voulait l'étreindre.

Adieu donc, cher et vénéré collègue, reposez en paix, et que votre vie serve d'exemple et de stimulant aux générations futures. C'est là notre vœu le plus ardent et la juste récompense de votre vie de labeur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Recherches sur la localisation de l'arsenic dans le cerveau. — Les travaux de MM. A. Gautier et Scolosuboff (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1876) nous ont appris que l'arsenic s'accumule dans le cerveau plus que dans les autres organes, foie, muscles, lors de l'empoisonnement par ce corps. Ce fait admis, et la preuve n'en est plus à faire, il restait à rechercher dans quels éléments du tissu nerveux se condense le poison. C'est cette question que MM. *Caillol de Poncy et Ch. Livon* ont tenté de résoudre par leurs ingénieuses expériences faites aux laboratoires de physiologie et de chimie de l'école de Marseille. Voici leur point de départ théorique.

Dans le cerveau on trouve en abondance de l'azote et du phosphore, deux corps simples qui ont une analogie chimique manifeste avec l'arsenic. Dès lors, l'on était autorisé à supposer, en raison de cette analogie, que l'arsenic pouvait remplacer l'un ou l'autre de ces 2 métalloïdes dans leurs combinaisons organiques. L'hypothèse se vérifiant, l'on devait retrouver dans l'urine, sous forme d'un produit de désassimilation le corps mis en liberté. Si, par exemple, l'arsenic remplaçait le phosphore, il fallait constater dans cette humeur une plus grande quantité d'acide phosphorique.

Les expériences bien conduites de MM. Caillol de Poncy et Livon ont confirmé la justesse de leur hypothèse. Il n'entre pas dans le plan de ce recueil de rapporter les expériences de chimie pure, c'est pourquoi je me borne dans mon exposé aux conclusions qui en découlent, bonnes à retenir pour le médecin-physiologiste

En soumettant des animaux à un empoisonnement lent par l'arsenic, les expérimentateurs marseillais ont manifestement vu que l'acide phosphorique augmentait beaucoup dans l'urine.

La raison de cette augmentation, suivant eux, ne pouvait être que le résultat de la substitution de l'arsenic au phosphore des matières cérébrales, qui s'y trouve, comme on le sait, à l'état d'acide phosphoglycérique. De sorte que cette dernière combinaison deviendrait de l'acide *arsénoglycérique* dans la lécithine, la graisse phosphorée du cerveau.

Donc il y aurait lieu d'admettre, étant donnée cette substitution, que dans l'empoisonnement arsenical la mort résulte du manque de phosphore dans les centres nerveux.

Il reste, pour arriver à la démonstration de la valeur de cette interprétation, à isoler cette combinaison arsénioglycérique, ou bien encore à montrer cette raréfaction du phosphore dans la substance cérébrale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 août.

Nouveau traitement de l'œdème. — M. Laboulbène ayant remarqué dans l'œdème considérable des membres inférieurs dû soit aux affections cardiaques soit aux affections hépatiques, que les mouchetures avec la lancette donnent souvent lieu à l'érythème, à l'érysipèle, à la gangrène, emploie actuellement l'ignipuncture, en chauffant la lancette à

la flamme d'une bougie. M. Constantin Paul a emprunté aux Anglais un moyen peu connu en France : ce sont de petits tubes en argent, dits *tubes de Southey*, de 1 millimètre de diamètre et de deux centimètres de long. Ils sont munis d'un tube en caoutchouc destiné à conduire le liquide dans un récipient. Ce procédé n'est jamais suivi d'aucun accident et permet de mesurer exactement la quantité de liquide extrait.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

I

De nos jours, un très grand nombre de médicaments sont prescrits sous forme de *spécialités*. Et s'il en fallait croire M. Chatin, la plupart de ces spécialités pharmaceutiques seraient des médicaments inefficaces, semblables à l'élixir *sans* pepsine dont s'est servi M. Mourrut. Cette question des spécialités pharmaceutiques nous paraît des plus sérieuses, et nous ne voudrions pas la traiter en quelques lignes. Il nous paraît toutefois difficile de n'en pas dire un mot à propos de la discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie. Très convaincu de l'utilité du rationalisme thérapeutique, très partisan des prescriptions médicamenteuses dictées par l'expérimentation clinique éclairée par la physiologie, nous sommes très disposé à condamner *à priori* tous les remèdes secrets, toutes les spécialités, tous les médicaments qu'un empirisme des plus grossiers peut seul prôner et défendre. Mais, pour arriver à se passer des *spécialités pharmaceutiques*, il faut pouvoir être certain de l'efficacité et de l'activité des médicaments que l'on prescrit. Or, nul ne nous contredira à cet égard ; ce qui manque le plus au médecin praticien, ce sont de bons médicaments. Dans une grande ville, où quelques pharmacies sont dirigées par des savants, par des chimistes aussi habiles que consciencieux, on peut, il est vrai, trouver bien des ressources. Nous savons qu'à Paris tel ou tel pharmacien que nous pourrions citer recueille avec le plus grand soin les substances premières dont il fait usage, les conserve avec toute la vigilance nécessaire, et prépare avec beaucoup de conscience les potions, les infusions ou les pilules que le médecin prescrit ; mais nous savons aussi que ces pharmacies modèles sont rares. Nous savons que certains médicaments ne se trouvent que dans un très petit nombre de maisons privilégiées, avec toutes les qualités thérapeutiques que l'on peut en attendre. Or, sans insister sur ces questions, dont tous les praticiens connaissent les difficultés, ne faut-il pas reconnaitre qu'il est souvent impossible au médecin d'imposer à son client la nécessité de se fournir, chez un pharmacien spécial, le médicament qu'on lui prescrit : Ne faut-il pas convenir, dès lors, que, ne pouvant être sûr du remède qu'il emploie, le médecin hésite sur les doses et, s'il n'a point acquis par une assez longue pratique hospitalière l'habitude de la posologie et de la formulation thérapeutique, hésite même avant de recommander un médicament dont il pourrait avoir à redouter l'activité:

Ces hésitations, dont le malade est souvent victime, disparaissent lorsqu'il n'est plus question que de prescrire une spécialité pharmaceutique dont l'expérience a prouvé l'efficacité. Préparé dans des conditions que l'on affirme toujours identiques, le médicament passe, à tort ou à raison, pour déterminer toujours les mêmes effets. Le médecin le recommande sans crainte ; le malade le prend sans appréhension. La forme de la préparation, les prospectus qui l'enveloppent, la notoriété que lui donnent d'habiles réclames contribuent à assurer son succès. Et c'est ainsi que, craignant de prescrire des médicaments qui seront mal préparés ou inefficaces, les médecins s'abstiennent de prescrire et oublient, lorsqu'ils se sont donné la peine de les apprendre, les règles les plus élémentaires de la posologie et de la thérapeutique Dans les petites villes, dans les villages surtout le mal est plus sérieux encore. Les pharmaciens n'y peuvent avoir les médicaments rares et précieux, ceux que l'on recommande chaque jour comme les plus efficaces, ceux dont la conservation et la préparation exigent des connaissances scientifiques et des soins minutieux. Il leur est dès lors infiniment plus commode d'avoir recours à ces médicaments spéciaux que le nom de leur inventeur ou la notoriété qu'ils ont acquise recommande à l'attention. Enfin il arrive quelquefois que, malgré tous les soins apportés par un pharmacien à la préparation des formules qu'il reçoit, les médicaments qu'il fournit sont moins efficaces que certains remèdes secrets ou spéciaux.

Pour réagir contre la dangereuse et désastreuse habitude qui tend à s'introduire, pour encourager les jeunes médecins à se servir de médicaments dont-ils peuvent étudier l'action et non de remèdes dont la préparation demeure inconnue, il faudrait pouvoir leur affirmer que les médicaments dont ils ont théoriquement étudié l'action leur seront fournis dans des conditions toujours identiques. Il faudrait, dans ce but, les intéresser aux études thérapeutiques et insister, plus qu'on ne le fait de nos jours, sur la nécessité de savoir prescrire et formuler. Mais il serait néanmoins nécessaire, pour mieux combattre la manie des spécialités pharmaceutiques, de les soumettre à une réglementation qui serait à déterminer ; de signaler plus souvent et de réprimer les fraudes ; de stigmatiser le charlatanisme, et surtout de ne recommander jamais que les médicaments dont une longue expérience et des analyses rigoureuses ont bien démontré l'efficacité et le mode de préparation. On n'arrivera jamais à empêcher un médecin de prescrire un médicament qui réussit toujours dans un cas déterminé. Ce qu'il faut éviter, c'est d'adopter aveuglément une préparation que l'on ne conseille que pour s'éviter la peine de répondre à une indication précise par une prescription rationnelle.

(*Gazette hebdomadaire*) Dr Lereboullet.

II

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE ».

Paris, le 16 août 1879.

La question des spécialités, soulevée avec le plus heureux à-propos par MM. les professeurs Chatin et Peter, et par M. le doyen Vulpian, est assurément une de celles qui intéressent au plus haut degré et le plus immédiatement l'universalité des médecins. Toutefois ce n'est point là un de ces sujets sur lesquels on doive prononcer un jugement sans délibération approfondie. Déjà, dans la note si précise et si médicale qu'il a insérée dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire* (nº 33, 15 août 1879), mon savant collègue et ami M. Lereboullet a exprimé en peu de mots ce que chacun de nous pense, en disant que tout n'est pas à rejeter ni à condamner dans la spécialité pharmaceutique, et que bien dépourvu serait aujourd'hui le praticien qui serait privé de son concours.

Que l'on en appelle immédiatement à ceux qui tiennent à si juste titre, de la confiance de leurs confrères l'honneur d'être les médecins consultants en faveur, aux chefs de la profession ; que celui qui ne fait pas, chaque jour, de nombreux emprunts à la spécialité pharmaceutique lève la main !

En vérité, si toutes les maisons de pharmacie de la ville, du pays, de l'étranger, étaient les officines modèles dont parle M. Lereboullet, il n'y aurait qu'à s'incliner et à renoncer à jamais à prescrire les spécialités ; mais qui voudrait un seul instant dissimuler les mécomptes sans nombre auxquels s'expose le médecin au cœur léger, qui formule à tout hasard, sans se préoccuper de la suite de l'aventure ; et quel est celui qui, dans les cas douteux auxquels je fais allusion, ne conseillera pas, de préférence à une préparation tout à fait incertaine, une de ces spécialités pharmaceutiques véritablement excellentes, comme il en existe plusieurs aujourd'hui ! Combien de fois, même dans nos hôpitaux, n'ai-je pas hau-

tement regretté de n'avoir pas à ma disposition quelques-unes de ces bonnes et honnêtes, de ces fidèles préparations spéciales, dans ces moments extraordinaires, par exemple, où l'opium ne fait plus dormir, où l'atropine contracte les pupilles où le mercure oublie d'irriter les gencives, et où l'arsenic à doses extrêmes devient indifférent aux malades les plus intolérants !

Ces moments extraordinaires, que chacun de nous a connus sans doute, quand il a voulu faire une enquête soigneuse sur les événements vrais qui se passent à la suite de la prescription du médecin, sont, je ne le dénie pas, exceptionnels, dépendant des personnes et non des choses ; mais enfin ils arrivent trop souvent dans la pratique urbaine, aussi bien que dans la pratique nosocomiale, pour qu'il n'en soit pas tenu compte.

Qui voudra, d'une autre part, ne pas reconnaître l'avantage considérable que réalisent, pour le malade, les formes médicamenteuses granulées, pour une foule de substances nauséabondes ou toxiques ! Ces avantages sont si nombreux, si connus, si appréciés, qu'il est tout à fait superflu de les exposer ici en détail.

Voilà donc une série de faits contre lesquels ne saurait prévaloir aucune des considérations théoriques que l'on pourrait émettre, pour démontrer la supériorité des errements anciens sur les nouveaux ; de plus, la spécialité pharmaceutique existe, et il est peu probable qu'elle soit disposée à se laisser effacer d'un trait de plume ; il s'agit alors d'y porter la lumière, de dire ouvertement ce qui est la vérité et ce qui est l'erreur ; il s'agit surtout de ne pas confondre ce qui est bon, excellent, parfait, avec ce qui est mauvais, détestable ou nul. C'est là, je pense, la voie dans laquelle il faut s'engager, le combat qu'il faut combattre, et si la *Gazette hebdomadaire* veut bien faire appel aux savants et aux praticiens, dont le concours réuni peut seul faire la lumière sur ces graves questions, elle servira à la fois les intérêts indissolubles de la science et de la pratique.

Je vous prie d'agréer. etc.

Ernest BESNIER,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

III

« La spécialité, qui abaisse la pharmacie, disait récemment M. Chatin, n'est pas moins désastreuse pour le médecin que pour le pharmacien qui se respecte. En attendant que la loi permette de faire plus, tout médecin devrait, dédaignant telles ou telles spécialités, en prescrire, suivant les règles du formulaire, l'*agent actif*, si agent actif il y a, ce qui n'est pas toujours le cas ; tout pharmacien ayant le sentiment de sa dignité et de ses devoirs aurait à rejeter de son officine tout agent monopolisé. » Et, dans la même séance (12 août) de l'Académie de médecine, M. Peter ajoutait : « L'Académie aurait un grand honneur à s'associer aux sages paroles de M. Chatin. La question des spécialités est des plus graves : les spécialités pharmaceutiques ont industrialisé la pharmacie, ou plutôt elles tendent à ruiner la pharmacie, les pharmaciens perdant l'habitude de préparer, les médecins ayant perdu l'habitude de formuler. » Nous avons tenu de reproduire textuellement ces paroles. Elle posent très-nettement une question qui intéresse tous les médecins. Cette question sera-t-elle résolue par l'Académie : Sera-t-elle tout au moins discutée sérieusement : Il est permis d'en douter. Plusieurs fois déjà la savante Compagnie a été officiellement ou officieusement saisie de propositions ayant pour objet de définir avec plus de précision les lois qui régissent la vente des remèdes secrets et nouveaux. Jamais ces propositions n'ont pu aboutir. Les médecins n'hésitent point à protester contre les inconvénients ou plutôt les dangers que le charlatanisme, la spéculation et la réclame ont créés ; ils reconnaissent que le médicament spécialisé par l'annonce tend à prendre la place du médicament normal ; que l'on ne prescrit plus, que l'on n'étudie plus la posologie, ni la thérapeutique. Et cependant, M. le docteur E. Besnier nous l'écrivait il y a huit jours avec autant de bon sens que d'esprit : « Que l'on en appelle immédiatement à ceux qui tiennent à si juste titre de la confiance de leurs confrères l'honneur d'être les médecins consultants en faveur, aux chefs de la profession, que celui qui ne fait pas chaque jour de nombreux emprunts à la spécialité pharmaceutique lève la main ! » On comprend donc qu'il paraisse malaisé de condamner officiellement et définitivement ce que l'on s'est dès longtemps habitué à prescrire ! Les pharmaciens qui font partie de l'Académie déplorent, de leur côté, une tendance qui abaisse leur corporation et, favorisant des procédés industriels peu honnêtes, ruine ou décourage leurs plus estimables confrères. Mais quelques-uns d'entre eux ont donné leur nom à des préparations spéciales excellentes ; et tous connaissent les difficultés que l'on rencontrerait si l'on demandait aux pouvoirs publics une application plus rigoureuse de la loi de Germinal. Lorsque la question des spécialités pharmaceutiques revient à l'ordre du jour, on se contente donc de quelques protestations éloquentes ; quelquefois, lorsqu'on y est officiellement sollicité, on adresse au ministre compétent un rapport qui ne peut avoir aucune sanction effective, et pendant ce temps le mal augmente et peu à peu la pharmacie magistrale disparaît. Il serait temps cependant, comme le demande M. E. Besnier, « de dire ouvertement ce qui est la vérité et ce qui est l'erreur, et surtout de ne pas confondre ce qui est bon, excellent, parfait, avec ce qui est mauvais, détestable ou nul. » Il serait bon que l'Académie ou, à son défaut, l'Association générale des médecins de France, voulût bien s'occuper d'une question de laquelle dépendent, en grande partie, l'avenir et les intérêts de la profession médicale. Nous n'avons pas la prétention de traiter cette question dans tous ses détails, mais nous voudrions développer quelques-unes des idées que nous n'avons fait qu'effleurer dans notre précédent article. Nous voudrions surtout essayer de montrer que, sans faire de lois nouvelles, sans exercer de persécution contre les fabricants de remèdes spéciaux, il serait possible d'éviter bien des abus et surtout de défendre contre une exploitation souvent odieuse les malades et parfois même les médecins. Nous essayerons donc de définir ce qu'il faut entendre par *spécialités pharmaceutiques*, de montrer qu'il en est de bonnes, qu'il peut être utile ou même nécessaire de conserver et de recommander. Nous nous efforcerons ensuite de faire comprendre que les lois qui régissent la pharmacie donnent à l'administration la faculté de supprimer celles qui sont nuisibles ou inutiles ; nous indiquerons enfin qu'elle est la méthode la plus pratique pour arriver à un résultat favorable.

Que faut-il entendre par *spécialité pharmaceutique ?* Consultée à ce sujet, il y a quelques années, par le ministre de l'instruction publique, l'Académie de médecine répondait par un rapport de M. Buignet (séance du 5 janvier 1875) où nous lisons : « Sous le nom de *spécialités pharmaceutiques* ou *remèdes spéciaux* on comprend les substances ou préparations, aujourd'hui en très-grand nombre, qui sont présentées au public comme réalisant un perfectionnement de l'art pharmaceutique ou comme offrant des avantages thérapeutiques spéciaux. » Il n'était point malaisé de démontrer que les spécialités pharmaceutiques, si souvent mises en vente sous les noms les plus divers et prônées par la voie des journaux, ne répondent pas à cette définition, et que bien souvent les médicaments les plus vantés sont les moins efficaces. L'honorable rapporteur, reconnaissant que la spécialité pharmaceutique n'est qu'un produit commercial et que l'*annonce* est la condition essentielle qui donne à ce produit la prospérité exceptionnelle dont il jouit, concluait donc que tout médicament, toute substance, préparation ou composition vantés comme possédant des propriétés médicamenteuses devaient être considérés comme *spécialités pharmaceutiques* s'ils étaient annoncés par la voie des journaux, affiches, circulaires ou par tout autre moyen de publicité. L'annonce et la réclame devenaient, dès lors, la caractéristique du *médicament* dit *spécial*. Ajoutons immédiatement que le rapport de M. Buignet avait pour but de désigner les médicaments que, pour répondre à diverses propositions de loi déposées par M. Testelin, M. de Lorgeril ou d'autres membres de l'Assemblée nationale, il était question de soumettre à une taxe plus ou

moins élevée. Disons aussi, pour n'y plus revenir, que ces propositions paraissent abandonnées, et que, dans les articles qu'il leur a consacrés (*Gaz. hebd.*, 1874, p. 393), M. Dechambre a démontré de la manière la plus nette que tous ces projets avaient l'inconvénient de tendre à abroger implicitement les prescriptions restrictives de la loi de Germinal, et qu'ils pourraient ne frapper que les consommateurs (1). Nous croyons donc que l'on peut donner des *spécialités pharmaceutiques* une autre définition. Sous ce nom il faut comprendre : 1· Des drogues simples, des matières premières, ou des produits chimiques bien définis que l'on fait venir de l'étranger ou que l'on prépare spécialement dans le but de les vendre comme médicaments. Ainsi le kousso, la teinture de kamala, le jaborandi et la pilocarpine, l'hydrate de chloral, etc., etc., médicaments qui s'introduisent peu à peu dans la pratique, dont la vente n'est que *tolérée*, mais qui bientôt sont reconnus d'une efficacité réelle et que le *Codex* ne tarde pas à adopter. 2· Des médicaments simples ou composés, inscrits dans le *Codex*, préparés par la plupart des pharmaciens, mais qu'un chimiste ou un industriel, plus habile ou plus adroit que les autres, prépare avec grand soin, auxquels il donne son nom, et que les médecins s'accoutument à prescrire parce qu'ils ont reconnu que ces préparations sont meilleures, quelquefois aussi, il faut l'avouer parce qu'ils sont trompés ou séduits par des annonces, des réclames ou des envois de spécimens qui sollicitent leur attention. Nous citerons quelques exemples de ces produits. 3· Les spécialités comprennent encore des médicaments connus, mais dont la forme pharmaceutique ou le procédé d'enrobage paraissent modifier avantageusement le mode d'administration. 4· Ou bien on désigne sous ce nom des substances alimentaires, des corps gras, des matières féculentes, des préparations lactées, etc. 5· Enfin, et c'est ce qui arrive le plus fréquemment, on associe entre elles diverses substances, on prépare un élixir, un composé pharmaceutique plus ou moins efficace, plus ou moins toxique. On lui donne au nom plus ou moins barbare, et ce *remède secret* est impunément mis en vente sans que sa formule soit connue.

Voyons ce qu'il faut penser de ces diverses *spécialités*.

De la première catégorie nous n'avons que peu de mots à dire. Venus ou non de l'étranger, les médicaments nouveaux peuvent et doivent être expérimentés, et, lorsque leurs effets physiologiques ou thérapeutiques ont été reconnus, il est utile de les proclamer. Si, plus adroit ou mieux avisé que ses confrères un pharmacien sait se mettre en relations avec les pays ou croissent certains végétaux qui peuvent être utilisés en médecine ; si, pour citer un exemple, il arrive à se procurer de l'écorce de grenadier venant de Syrie ou d'un autre pays d'Orient, écorce fraîche, active, donnant des résultats toujours favorables. il pourra, sans que nous songions à protester dont l'efficacité aura été reconnue devront être, par tous les médecins, préférés à ces débris informes qui, après avoir séjourné plusieurs mois dans nos bocaux d'où on ne les extrait que très-rarement, auront perdu toutes leurs propriété et leur valeur. Il en est de même des médicaments préparés pour la première fois, avec un soin et un talent auxquels on doit toujours rendre hommage, par des chimistes distingés. La quinine n'a-t-elle pas été due à deux pharmaciens éminents, et n'eût-il pas été souverainement injuste de condamner ce médicament si précieux et d'en interdire la vente s'ils en avaient fait une spécialité : Libre à chacun de se procurer, de recueillir ou de préparer ces drogues simples, ces produits chimiques dont le nom seul indique la nature. Aux médecins d'apprendre à reconnaître dans quelle officine ils les trouveront dans un état de conservation suffisant et de les recommander s'il y a lieu.

(1) Il y aurait néanmoins à examiner si, au cas d'une réorganisation qui assurerait l'utilité et la bonne préparation de certains remèdes, relativement peu nombreux, dont la vente serait approuvée, et qui offriraient aux malades une garantie exceptionnelle, un léger impôt attaché au privilège ne deviendrait pas légitime ; d'autant que le médicament pourrait être taxé par une commission.

La deuxième catégorie de spécialités comprend des médicaments ou des produits chimiques dont la formule est connue, qui figurent aux Codex, mais que certains pharmaciens ont obtenus dans un état de pureté plus parfait, ou qu'ils ont su mieux conserver. Les médicaments de ce genre sont nombreux. Citons en premiers ligne, les alcaloïdes et leurs sels, Dans ce cas encore aucune réglementation, aucune loi restrictive ne pourra et ne devra interdire la vente de ces produits. Nous avons appris à manier la digitale, à surveiller la préparation des diverses potions que l'on peut faire avec la poudre d'herbe de digitale. En étudiant à la pharmacie de l'hôpital de Strasbourg, que dirigeait un savant aussi modeste que consciencieux, les procédés dont se servait le regretté Hepp, nous avons pu voir que les effets thérapeutiques de cette substance variaient considérablement suivant que l'on employait de la poudre obtenue dans certaines conditions ou le produit que l'on vend d'ordinaire sous le même nom. A l'hôpital militaire de Strasbourg il nous fallait des portions préparées avec 4 et 5 grammes de poudre de digitale pour obtenir *dans certains cas assez rares encore* l'effet que déterminait une potion préparée avec 0gr, 75 ou 1 gramme de la poudre fournie par Hepp. Il en est de même en ce qui concerne les alcoolatures d'aconit. Il y a quelques années, M. le docteur Guéneau de Mussy citait à la Société de thérapeutique un cas d'intoxication qu'avait déterminé l'administration de quelques gouttes d'alcoolature de racine d'aconit. Or chacun sait que l'alcoolature de feuilles, la seule que fournissent la plupart des pharmaciens, est à peu près inerte. Nous en avons prescrit, à l'hôpital du Val-de-Grâce, jusqu'à 15 grammes par jour, sans constater aucun effet thérapeutique. Nous pourrions citer encore comme très-infidèles les teinture de colchique, de scille, etc. On comprend dès lors combien il serait utile de pouvoir *toujours* obtenir un produit actif, agissant *toujours* dans les mêmes conditions. Songerait-on à blâmer le pharmacien qui, après avoir consacré son temps, ses soins, et une partie de sa fortune à préparer ou à conserver des produits pharmaceutiques toujours parfaits, chercherait, en annonçant les procédés qu'il emploie et les précautions qu'il a prises, à faire connaître qu'il se trouve en mesure de satisfaire tous les médecins qui s'adresseront à lui. Les médecins ne favorisent pas les fabricants de *spécialité*. Ils se bornent à recommander les produits que des pharmaciens habiles et consciencieux ont préparés *spécialement* et dont ils garantissent personnellement la qualité et la valeur. Qu'il existe, sous ce rapport, des exagérations et des abus, nous n'en disconviendrons point. L'on abuse souvent de ce procédé pour donner un nom pharmaceutique spécial à la plupart des produits chimiques dont le médecin peut avoir besoin. C'est ainsi que de nos jours la plupart des alcaloïdes et les préparations les plus simples se vendent comme spécialités. Parfois même on peut se demander si les industriels qui vantent et débitent ces produits sont fidèles aux promesses de leurs prospectus. S'il n'en est point ainsi, on devra, par un procédé que nous indiquerons plus loin, combattre la fraude. Dans le cas contraire, on pourra blâmer les pharmaciens qui se contentent de préparer spécialement trois ou quatre produits et qui abusent de la réclame pour les faire adopter, mais toutes les protestations faites à la tribune académique n'empêcheront pas les médecins, et surtout les médecins de provinces, de préférer une préparation souvent inefficace et toujours inégale, suivant le mérite du pharmacien à un produit dont la composition est souvent connue d'avance, et qui, préparé en grand, avec tous les soins imaginables, offre tout les avantages au triple point de vue de sa pureté, de son efficacité et et même de l'économie. Nous ne craignons pas d'ajouter que nous blâmons non pas les industriels qui vantent leurs produits, — ils luttent pour la défense de leurs intérêt, — mais les médecins qui prêtent leur nom, qui signent leurs prospectus, ou les journaux qui les enregistrent.

(*Gazette hebdomadaire*) Dr Lereboullet.

(*A suivre*).

VARIÉTÉ

STATISTIQUE DES CAS DE RAGE DANS LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

D'après le rapport adressé par M. Camille Leblanc au Préfet de police sur les maladies contagieuses qui ont sévi sur les animaux dans l'année 1878, les cas de rage signalés comprennent :

Sur les chiens.............. 440
Sur les chiennes............ 68
Sur les chats............... 3
511

Sur ce nombre, il y a :
Type furieux.............. 390 cas
Rage mue ou forme benigne.... 121 cas
Les personnes atteintes comprennent :
Adultes.................... 67
Enfants.................... 36
La mortalité est de 30, soit 1 sur 3 à peu près.
Les animaux mordus comprennent :
Chiens ou chiennes.......... 454
Chats...................... 24
Cheval..................... 1
Chèvres.................... 6
Ont a abattu :
Chiens..................... 342
Chats...................... 24
La répartition de ces chiffres est curieuse.
1er Trimestre.............. 141
2e Trimestre.............. 175
3e Trimestre.............. 133
4e Trimestre.............. 53

La raison en est que la surveillance s'était relâchée jusqu'au jour où un jeune homme, dont la famille a une grande notoriété dans le monde littéraire et artistique, succomba aux suites d'une morsure rabique. L'événement fit grand bruit, et la Préfecture remit aussitôt en vigueur les ordonnances antérieures qui tombaient en désuétude.

C'est ainsi que furent conduits à la fourrière.
En juillet.................. 3.383
En août.................... 1.334
Et abattus :
En juillet.................. 3.099
En août.................... 1.235

C'est grâce à ces mesures énergiques que, dans le dernier semestre, le nombre des cas de rage est descendu au tiers de ce qu'il représentait dans les neuf mois précédents. H. BOULEY, de l'Institut.

(*Annales d'hygiène*, juillet).

CONGRÈS DE MONTPELLIER.

Dans notre prochain numéro nous donnerons un compte rendu détaillé du Congrés de Montpellier et spécialement des discussions ayant trait à la médecine.

CHRONIQUE

L'IDENTITÉ DU PRINCE IMPÉRIAL. — La mort du Prince Impérial a remis à l'ordre du jour une question qui avait été quelque peu négligée par les médecins légistes.

Il s'agit de l'importance du systéme dentaire, comme moyen de reconnaître l'identité d'un cadavre.

Le prince était à ce point défiguré qu'il eût été extrêmement difficile d'en constater l'identité, n'eût été l'existence de quatre petites cavités de la première molaire, obturées autrefois, avec de l'or, par le Dr Rottenstein de Paris. L'émail avait en outre, été limé à la suite d'un coup, qui, en avril 1876, avait fracturé légèrement la couronne de la dent.

Ces opérations laissent des traces inatérables et comme les dentistes en prennent ordinairement note, elles fournissent dans certains cas des signes de la plus haute importance. — (*British médical Journal.*)

*
* *

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le Dr Moitessier, professeur de physique médicale, vient d'être nommé doyen de la Faculté de Montpellier en remplacement de M. le Dr Bouisson démissionnaire. Voici comment la *Gazette hebdomadaire de Montpellier* apprécie cette nomination :

Le décanat n'est certainement pas une sinécure, comme pourraient le supposer les personnes étrangéres à l'administration d'une Faculté. Les affaires qui doivent occuper les loisirs de M. le Doyen sont nombreuses et diverses. Il doit correspondre avec le Ministre, soit directement, soit par l'intermédiaire du Recteur, qui est son chef direct ; il traite avec les professeurs, il discute avec eux ; les employés reçoivent ses ordres ; il surveille les différents services ; il a aussi des devoirs à remplir vis-a-vis des élèves, etc.

En présence de toutes ces attributions, de toutes ces charges, auxquelles sont inhérentes des difficultés inouïes, nous n'hésitons pas à adresser l'expression de notre reconnaissance à M. le professeur Bouisson, qui pendant longtemps s'est livré avec zèle et persévérance à ce rude labeur.

Des travaux considérables et des améliorations importantes ont été accomplis dans la Faculté sous son administration.

Pendant tout le temps qu'a duré son mandat à l'Assemblée nationale, il n'en est pas moins resté le digne représentant de notre enseignement médical.

C'est grâce à son crédit auprés du Ministére et à son intervention dévouée que des subventions furent, à cette époque, accordées par l'Etat, dans le but d'améliorer la situation de la Faculté de Médecine.

Des raisons particulières, que nous n'avons pas le devoir d'aprécier ici, ont décidé M. Bouisson à se démettre de ses fonctions de Doyen. Mais cette démission ne touche en rien à l'homme de science, à l'éminent professeur que nous serons toujours heureux d'écouter et d'applaudir.

Nous sommes aujourd'hui dans un période de rénovation. Cette œuvre, comme tout grand travail de ménage, est difficile, toute remplie de détails, et exige de la part de ceux qui s'en occupent beaucoup de tact. Puis, une fois commencée, cette œuvre, l'hésitation n'est plus permise, il faut aller jusqu'au bout.

D'un autre côté, la nouvelle organisation de l'enseignement supérieur à mis Montpellier dans une situation particulière. On multiplie autour de cette ville les centres universitaires, qui fatalement, pour des causes indépendantes de sa volonté et de sa valeur scientifique, doivent diminuer son importance, et des gens mal avisés vous disent, en se rengorgeant: Vos Faculés baissent !

Je livre au lecteur le soin d'appliquer à ces personnes, l'épithète qui leur convient.

ERRATUM.

Page 102, 1re colonne : *lavements*, avec 50 à 60 grammes d'extrait de ratanhié ; lire : *avec 5 ou 6 grammes*.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 11 13 septembre 1879.

BULLETIN DE LA SEMAINE.

—

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

CONGRÈS DE MONTPELLIER.

La 8 session de l'association française pour l'avancement des sciences a eu lieu cette année à Montpellier. Ouvert le 28 août, sous la présidence de M. Bardoux, député, et clos le jeudi 4 septembre, le Congrès de Montpellier ne le cède en rien pour la valeur et l'importance des travaux, l'éclat des réceptions, le charme des excursions, à ceux qui l'ont précédé, et on peut dire de l'association française qu'elle va sans cesse en progressant de toute manière.

Les 15 sections qui le composent et qui reçoivent les différents travaux deviennent, quelques-unes trop nombreuses, et comme auditeurs et comme travailleurs, et les ordres du jour ne peuvent s'épuiser malgré la vigilence des présidents et les réunions supplémentaires. Cela est un signe de vie d'une grande portée, auquel il y aura certainement remède mais que nous sommes heureux de consigner pour montrer que le côté pittoresque et agréable de l'association n'est pas le seul à considérer, et que le côté scientifique a pour tout le monde une grande importance.

Il serait impossible dans un rapide et court compte rendu de donner seulement une idée des nombreux travaux qui ont été accomplis partout. Je me bornerai à indiquer ceux qui intéressent les sciences médicales sans pouvoir entrer dans de longs détails à leur sujet. La guérison *du glaucome simple par la scérotomie*, lecture faite au nom du Dr. de Wecker, les *lésions du péritoine chez les alcooliques*, par M. Leudet de Rouen; les *Recherches sur l'action physiologique de l'acide salicylique*, par M. Livon, de Marseille. M. Podolinsky a exposé le résumé de ses recherches sur l'état sanitaire des populations du gouvernement de Kiew. M. Chalot, de Montpellier, des observations sur les effets produits par les injections de chlorhydrate de pilocarpine après l'opération de cataracte. Tout le monde, je dois le dire, MM. Fieuzal, Denucé, Eustache, Massart, et Chalot, a été d'accord pour constater les inconvénients de ce procédé thérapeutique. Je citerai encore la communication de M. Duplay sur le traitement chirurgical de l'hypospadias et de l'épispadias, celles de M. Henrot sur la ponction capillaire dans l'ascite, de M. Massart (de Honfleur) sur une hémorrhagie alvéolaire intermittente et guérie par le sulfate de quinine et un mémoire de M. Tessier père (de Lyon) sur les hémorrhagies bronchiques dans leurs rapports avec la phthisie pulmonaire.

Ajoutons un travail de M. Chalot sur l'ignipuncture dans le traitement des arthrites fongueuses, des observations de M. Grasset sur la lèpre tuberculeuse. deux cas de kystes hydatiques sous-conjonctivaux par M. Fieuzal, une communication du docteur Nicati, de Marseille, sur la myopie dans les écoles de Marseille. M. le professeur Bertin, de Montpellier, nous a montré les plans du futur hôpital de Montpellier, hôpital modèle, à pavillons isolés et sans étages, d'après le système Tollet. J'en passe certainement et des plus intéressants, mais cependant, au milieu de ce défilé de travaux originaux apportés de tous les coins de la France, je dois encore citer ceux qui m'ont le plus frappé : le travail de M. Parrot sur le plateau cardiaque dans l'espèce animale; celui de M. Teissié fils sur les affections cardiaques consécutives aux affections gastro-hépatiques et qui a donné lieu à un intéressant débat entre MM. Combal, François Franck, Lancereau et le professeur Potain, celui de M. Franck sur l'innervation du cœur, du professeur Rouget sur la contractilité des capillaires; du docteur Ollier sur la résection du coude, du docteur Lancereau sur le diabète maigre et les lésions du panacréas, de M. Pecholier sur l'opium, de M. Courty sur les diverses espèces de mêtrites, etc. Je m'arrête, car cette longue nomenclature, quoique incomplète, montre suffisamment combien la section médicale a bien employé son temps

Dans d'autres sections, je ne dois citer aussi que les communications d'un intérêt réel pour le corps médical ou faites par des médecins. Nous en trouverions à la section d'anthropologie avec MM. Broca, Dally, Beschon, à la section d'économie politique avec le Dr Courtez sur l'éducation et les méthodes d'enseignement, le Dr Sicard de Marseille, sur l'hygiène physique et intellectuelle de la première enfance, le Dr Drouineau, sur le budget de l'hygiène publique en France ; le Dr Dally, sur le mobilier scolaire.

Mais nous ne pourrions condenser en quelques lignes le gros volume de l'association française et faire même toute la part qui appartient cette année au corps médical, car il est juste de reconnaître qu'à Montpellier il était nombreux et dans un milieu qui lui était familier.

Montpellier est une vieille école; elle a conservé des traditions de travail et son enseignement a de la valeur Elle possède de très-belles collections, des laboratoires remarquables et les facultés de médecine et de

sciences sont appelées à grandir encore par suite des nombreuses améliorations en projet et même en voie d'exécution.

A coté des travaux sérieux des différentes sections, il faut dire un mot des conférences. Deux, surtout, ont eu un grand intérêt à cause des sujets traités. — L'une de M. Barral sur l'irrigation des terrains, aujourd'hui incultes du Midi et sur la nécessité de la construction d'un canal spécial pour cet objet ; l'autre sur la lumière électrique et les avantages économiques de ce procédé d'éclairage ; pour cette deuxième conférence on avait exhibé avec un soin très-grand tous les spécimens d'éclairage et cela à grands frais.

Il y aurait aussi à raconter les excursions charmantes faites à Nîmes, la ville des souvenirs romains, à Aigues-Mortes, qui rappelle un autre âge, et aux magnifiques salines de la Compagnie du Midi ; celles non moins agréables faites à Balaruc-les-Bains, à Cette, la Venise française, où l'hospitalité la plus brillante a été offerte à l'association. Il faudrait dire aussi l'empressement des populations, des municipalités, à accourir au-devant des savants français pour leur souhaiter la bienvenue et les remercier, mais tout cela nous conduirait trop loin. A Reims, l'année prochaine et à Alger au mois d'avril 1881. Dr G. D.

CLINIQUE CHIRURGICALE

LEÇON DE M. LE PROFESSEUR RICHET

(14 juin 1879).

Résection du coude pour une ostéo-arthrite de l'articulation avec fistules osseuses.

Messieurs,

Nous allons opérer aujourd'hui devant vous un jeune homme de 19 ans, imprimeur de son état. Ce garçon a toujours été chétif et délicat. Comme il est intelligent, il analyse fort bien toutes les sensations qu'il éprouve, et nous a déjà fourni sur ses antécédents des renseignements fort utiles. Ainsi il nous raconte que vers le mois de juin 1878, c'est-à-dire il y a environ un an, il commença à sentir mal au coude gauche, de temps en temps il se plaignait de quelques douleurs spontanées dans cette articulation. Le malade était en outre, à cette époque, atteint à la partie inférieure de la mâchoire gauche, d'une plaie provenant de la suppuration d'un ganglion. Cette plaie ne s'est pas fermée et vous pouvez encore constater aujourd'hui sous la mâchoire, au même endroit, une fistule ganglionnaire qui continue à donner du pus.

Malgré les douleurs et le gonflement appréciable dont son coude devenait le siége, notre jeune homme ne cessa pas de travailler ; il resta dans l'imprimerie pour faire la même besogne qu'auparavant. Le mal empira rapidement, car le jeune homme ne voulait suivre aucun traitement médical ou chirurgical. Au mois de janvier 1879, le coude droit avait considérablement augmenté de volume, il y avait là un gonflement énorme et douloureux, qui ouvrit enfin les yeux au malade et à la famille. On consulta un médecin qui institua un traitement médical destiné principalement à combattre la diathèse scrofuleuse. Ce traitement n'amena pas d'amélioration, et le jeune imprimeur se trouva bientôt dans l'impossibilité absolue de continuer à travailler de son état.

Au mois d'avril, le malade entra dans nos salles à l'Hôtel-Dieu. Je m'étais décidé, dès cette époque, à lui faire subir une opération, lorsque le pére, pour donner son consentement, voulut élever des prétentions insolites auxquelles je ne devais pas souscrire. Cet homme demandait qu'on lui garantît d'avance la guérison définitive de son fils. Je lui répondis que les chirurgiens honnêtes n'ont pas l'habitude de contracter de pareils engagements, et je le laissai libre d'agir à sa guise.

Naturellement le père fut médiocrement satisfait, il emmena son fils chez lui. Mais quelques jours après il venait de nouveau réclamer nos soins, en déclarant qu'il ne s'opposerait plus à une opération qui pourrait guérir son fils, ou du moins lui permettre de travailler.

Dans ces conditions j'ai consenti à m'occuper encore du malade. Voici, en quelques mots, l'état dans lequel nous le trouvons aujourd'hui.

Le coude très déformé est à moitié fléchi. A la partie externe de la région on voit une plaie de plusieurs centimètres. A l'angle inférieur de cette plaie existe une fistule par laquelle le stylet pénètre jusque dans l'articulation et arrive au contact de l'extrémité inférieure de l'humérus dépouillée de son cartilage. Au côté interne du coude il existe également une fistule qui communique avec l'articulation.

Si l'on examine ce que sont devenues les fonctions du coude on arrive bien à provoquer quelques mouvements dans l'articulation, et il est possible d'obtenir une légère flexion sans causer au malade une douleur bien vive ; mais dés que l'on dépasse une certaine limite le malade pousse des cris. Au repos, c'est-à-dire lorsque le membre placé dans la demi flexion s'appuie sur un coussin, ou qu'il est soutenu par une écharpe, le jeune homme ne paraît pas beaucoup souffrir. Ce qui le gêne le plus, c'est qu'il est incapable de travailler, et il a besoin de son travail pour vivre.

Cette absence de douleurs spontanées dans le coude semble indiquer que la période d'inflammation aiguë a presque entièrement disparu.

A la palpation on reconnaît que l'extrémité inférieure de l'humérus est notablement augmentée de volume, au lieu d'être large dans le sens transversal et aplatie d'avant en arrière, cette partie de l'os a pris une forme assez singulièrement cylindrique avec un diamètre sensiblement égal dans tous les sens. Les saillies de l'épicondyle et de l'épitrochlée sont à peu près effacées. Cette altération de forme provient de l'abondance des sécrétions périostales qui se sont faites en avant et en arrière. Par la fistule externe le stylet pénètre dans l'épaisseur de l'os, entre l'os ancien et les sécrétions nouvelles.

La tête du radius n'est plus à sa place normale ; elle est transportée en avant de l'épicondyle. Quand on la fait mouvoir, on entend des craquements ma-

nifestes dus à la dénudation des surfaces articulaires, et sans doute aussi à des parties nécrosées frottant les unes contre les autres.

Le cubitus est aussi malade de son côté, l'olécrâne est élargie et augmentée de volume.

En résumé, nous pouvons conclure de ces différentes altérations que nous avons affaire ici à une ostéite partielle de l'extrémité inférieure de l'humérus, et des extrémités supérieures du radius et du cubitus, avec dépouillement des cartilages et sécrétions périostales enveloppant des parties nécrosées. C'est ce que l'on désigne encore sous le nom d'ostéo-arthrite du coude.

Les ligaments périphériques sont malades sans être détruits. En certains points, on trouve des adhérences anormales, et je ne serais nullement étonné que la synoviale présentât quelques fongosités. Toutefois les lésions paraissent intéresser les os bien plus que les parties molles; il y a une ostéite totale du coude, et si les parties molles sont malades, elles n'ont été atteintes que consécutivement.

L'état général du malade est des plus fâcheux. Ce garçon porte des marques nombreuses de la diathèse scrofuleuse. Ainsi, indépendamment de l'ostéite du coude, il a, toujours au-dessous de la mâchoire du côté gauche, une fistule ganglionnaire qui persiste depuis plus d'un an. De plus, il existe sur la jambe gauche une cicatrice d'ostéite ancienne. Chez lui le traitement médical n'a pu modifier l'état général: l'huile de foie de morue, l'iodure de fer et tous les reconstituants de notre arsenal thérapeutique ont été essayés en pure perte. Le malade est affaibli par une suppuration de tous les jours; cependant il a jusqu'ici gardé ses poumons intacts. A l'auscultation comme à la percussion de la poitrine on ne trouve aucun signe de tuberculisation.

Toutes ces particularités étant une fois bien établies, nous avons à nous demander quel est le meilleur parti à prendre dans l'intérêt du malade. Cette question, messieurs, est des plus difficiles, elle n'appartient pas exclusivement au domaine de la chirurgie pure; aussi, pour la résoudre, nous sommes obligés de faire intervenir des considérations d'un autre ordre. Le traitement d'une ostéo-arthrite suppurée du coude varie, en effet, suivant la classe de la société à laquelle le malade appartient.

Si notre jeune malade jouissait d'une bonne position de fortune, s'il pouvait, en un mot, se dispenser de travailler, je ne lui aurais point proposé une opération. A l'aide d'un traitement convenable et longtemps prolongé, on parviendrait, peut-être, à amener l'ankylose du coude. Les bains de mer, ou les eaux sulfureuses avec une hygiène sagement ordonnée produiraient certainement une amélioration sensible. Mais il serait toujours bien difficile d'obtenir la cicatrisation des fistules, à cause de la présence des séquestres au milieu des sécrétions périostales de nouvelle formation. Malgré cela, on pourrait se contenter de ce résultat, si la position sociale du malade lui permettait de vivre sans rien faire.

Malheureusement il n'en est pas ainsi pour notre malade : l'affection articulaire dont il est atteint lui supprime ses moyens d'existence ; et il lui sera impossible de retrouver l'usage de son membre, quelle que soit la durée de son séjour à l'hôpital, si l'on n'intervient pas par une opération. Enfin, il y a une autre considération importante dont nous devons tenir compte : à l'hôpital ce malade sera exposé à toutes les complications des plaies de longue durée ; en d'autres termes , en restant dans nos salles tel qu'il est aujourd'hui, il pourrait facilement contracter un érysipèle, une lymphangite, ou même l'infection purulente, ce qui mettrait ses jours en danger.

Nous sommes donc forcés d'opérer. Mais comment intervenir ? Nous nous trouvons en face de deux alternatives, l'amputation du bras ou la résection du coude.

Une amputation du bras guérirait très probablement ici, à cause du petit volume du membre. Je sais bien que la statistique générale des amputations du bras et des résections du coude, montre que les premières paraissent plus graves que les secondes : pour les amputations du bras la mortalité est de 15 0/0 ; pour les résections du coude, la mortalité ne dépasse guère 10 à 11 0/0. Mais dans le cas actuel, à cause de l'atrophie du membre et des petites dimensions qu'offrirait une plaie d'amputation,je pense que l'amputation ne serait pas plus grave que la résection. Je suis même porté à croire que l'amputation offrirait moins de dangers. Néanmoins, je ne me décide pas pour l'amputation du bras. Il faut songer en effet à la profession du malade : ce garçon est imprimeur ; si on le prive d'un bras, il sera obligé de renoncer à son métier. Le crochet, qui serait utile à un manœuvre pour un travail de force, ne peut servir à rien à un ouvrier typographe Il y a donc un intérêt de premier ordre à conserver le bras et la main de notre malade, pour qu'il puisse tenir le composteur. C'est pour ce motif que je préfère la résection à l'amputation.

Par quel procédé pratiquerons-nous la résection du coude ? On ne saurait attaquer l'articulation qu'à la partie postérieure et externe, parce qu'il n'existe à ce niveau aucun nerf important, et qu'il faut toujours respecter le nerf cubital logé dans une gouttière osseuse entre l'épitrochlée et l'olécrâne.

Je n'ai pas l'intention de m'étendre sur les différents procédés opératoires qui ont été employés pour la résection du coude ; je veux simplement vous signaler les principaux.

Park avait proposé une seule incision longitudinale sur la face postérieure du coude, le long de l'olécrâne. Cette méthode est aujourd'hui abandonnée.

Le procédé de Moreau consiste à faire sur la face postérieure du coude, deux incisions longitudinales réunies par une incision transversale, laquelle correspond à l'extrémité supérieure de l'olécrâne. L'inconvénient de ce procédé consiste dans la lésion constante du nerf cubital.

Roux a supprimé l'une des incisions longitudinales de Moreau, pour ne conserver que l'incision verticale externe, sur laquelle tombait l'incision transversale de manière à fournir deux lambeaux triangulaires. C'est une véritable incision en T.

Le procédé de Nélaton comprend une incision verticale le long du bord externe de l'humérus, et une incision transversale qui commence à l'extrémité inférieure de la première au niveau du col du radius.

Dans le procédé de M. Ollier, on fait à la partie externe du coude une première incision qui commence à 6 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire et descend jusqu'à l'épicondyle. De là l'incision se dirige obliquement en bas et en dedans jusqu'à l'olécrâne. En ce point elle redevient verticale et longe dans une étendue de 4 à 5 centimètres le bord postérieur du cubitus.

Entre ces divers procédés, j'accorde, pour ma part, la préférence à celui de Roux, à cause de la facilité d'exécution et de la sécurité qu'il fournit. Avec ce procédé, le chirurgien est toujours sûr d'épargner le nerf cubital.

Voici donc ce que je me propose de faire : Après avoir pratiqué mes deux incisions en T, je couperai le ligament latéral externe qu'il n'y a pas avantage à conserver, et je réséquerai le radius. Puis je passerai au cubitus en essayant de conserver, si c'est possible, le tendon du triceps, quoique le mouvement d'extension du coude ne soit pas forcément aboli par la section de ce tendon. M. Ollier recommande la section des ligaments, au niveau de leurs insertions; cette pratique me paraît mauvaise. En effet, après une résection du coude que faut-il chercher ? On doit avant tout éviter l'ankylose. Si les mouvements n'étaient plus possibles dans la suite, la résection du coude n'aurait qu'une utilité problématique, aussi j'ai l'habitude de couper les ligaments, parce qu'il y a toujours autour de l'articulation, des faisceaux fibreux capables de former une pseudarthrose.

Le pansement sera des plus simples : je placerai à la partie antérieure une attelle plâtrée qui maintiendra le membre dans la demi-flexion et qui laissera la plaie à découvert. Un drain sera placé à la partie la plus déclive de la plaie, et tous les matins on fera un pansement à l'alcool camphré.

TRAVAUX ORIGINAUX.

—

RELATION D'UN CAS D'ATHÉTOSE DU MEMBRE INFÉRIEUR GUÉRIE PAR LES COURANTS CONTINUS (1)

Le 18 février 1879, j'ai présenté à la Société de biologie, l'observation d'un cas d'athétose du membre inférieur. Je viens la compléter aujourd'hui en y ajoutant certains détails et en donnant quelques renseignements particuliers sur le traitement qui a amené la guérison.

Le 3 novembre 1878, je vis, pour la première fois, M. L... Il est âgé de trente-trois ans et présente toutes les apparences d'une bonne constitution. Parmi les antécédents, deux points doivent être signalés, à cause d'une relation possible et peut-être probable avec l'affection actuelle. Vers l'âge de cinq ans, M. L... a eu le pied gauche brûlé par de la soupe très chaude, accident qui n'a pas été bien grave puisqu'aujourd'hui on ne constate aucune cicatrice. A l'âge de vingt ans, au mois de janvier, le côté gauche de la face se trouva paralysé, pour ainsi dire inopinément, car il n'y eut ni douleur, ni embarras de la parole, ni gêne d'aucune sorte.

Notre malade ne fut averti de ce nouvel accident que par ses camarades qui lui firent remarquer, pendant une promenade, qu'il avait la bouche et la figure de travers. J'insiste ici pour dire que ce fut le côté gauche de la figure qui fut atteint, car lors de la présentation de cette observation à la Société de Biologie, j'ai dit que c'était le côté droit. Malgré l'insistance que j'avais mise, auprès du malade, pour bien fixer ses souvenirs il m'avait toujours affirmé que c'était le côté droit, mais quelques mois plus tard il est venu m'affirmer que c'était le côté gauche, ses parents et ses amis auxquels il s'était adressé pour bien fixer ce point, le lui ayant assuré d'une façon qui ne laissait pas de doute. Si j'insiste c'est que l'observation a été reproduite par plusieurs journaux, entr'autres par la *Gazette des Hôpitaux* (n. 11, 28 janvier 1879) et, à cause de la nouveauté de l'affection, il est important qu'il ne subsiste aucun doute dans le cas actuel.

Cette paralysie faciale *gauche* céda à un repos de deux mois, sans autre traitement que l'application à la tempe, dès le début, de deux ou trois vésicatoires. Il n'y eut aucune suite fâcheuse, la motilité, la sensibilité et l'intelligence restèrent ce qu'elles étaient auparavant, aussi M. L... que cet accident ne préoccupa en aucune sorte, put-il terminer ses études et devenir professeur sans le moindre inconvénient.

Mais cinq ans plus tard, à l'âge de vingt-cinq ans, et il y avait par conséquent huit ans quand je fus consulté, des mouvements involontaires se firent sentir dans les trois derniers orteils du *pied gauche*. Ces mouvements ont persisté depuis en s'aggravant, peu il est vrai, mais ils inquiètent et tourmentent le malade et c'est à ce sujet qu'il réclame un traitement.

Ces mouvements, qui sont la partie intéressante de cette observation, se produisent d'une manière continue et sans provocation d'aucune sorte, que le malade soit assis, le pied gauche reposant à plat sur le sol, ou maintenu en l'air; soit debout dans les deux situations analogues. Toutefois si on fait tenir le malade debout, de manière que la plante du pied repose exactement sur le sol, les mouvements ont une étendue moindre que si le pied appuie uniquement sur le talon. Je n'ai jamais pu savoir s'ils persistaient pendant le sommeil.

La volonté ne paraît point avoir sur eux d'influence appréciable, ils continuent même quand on détourne l'attention ou qu'on la fixe par une conversation intéressante, soutenue et étrangère à la maladie. Au premier aspect, ces mouvements ont une apparence bizarre et leur analyse ne paraît pas facile. Ce sont comme des mouvements simultanés d'extension et d'abduction, puis d'adduction. Les trois orteils se redressent pour se diriger ensuite en dehors par une progression lente qu'on ne peut mieux comparer qu'à un mouvement vermiculaire. Il y a là comme une sorte de torsion externe et les orteils reviennent à leur position première pour recommencer immédiatement une nouvelle révolution.

(1) Lue au Congrès de Montpellier. (Section de Médecine.)

Ces mouvements ont pour siége principal les trois orteils externes du pied gauche ; ils affectent aussi, mais légèrement, le deuxième. Ils sont accompagnés d'une sensation particulière, indéfinissable qui a son siége dans tout le côté gauche, y compris le membre inférieur et le membre supérieur. La plante et le dos du pied, du même côté donnent au malade une sensation d'engourdissement accompagnée de fourmillements constants.

La marche est naturelle, elle n'est ni entravée ni empêchée par les phénomènes que je viens de décrire.

La sensibilité examinée dans tous ses modes ne permet de constater aucune différence entre le côté droit et le côté gauche. Ainsi pas d'anesthésie ni d'analgésie; aucune insensibilité au toucher, au chatouillement, au pincement, à la piqûre, au froid, au chaud. Les pressions plus ou moins énergiques le long de la colonne vertébrale ne déterminent aucune douleur. Pas de céphalalgie, ni de rachialgie. Les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement. La face ne présente aucune trace de l'ancienne paralysie ; pas de déformation dans les traits, les commissures labiales et la langue. Les deux côtés de la figure sont aussi semblables que possible. Pas d'inégalité dans la dilatation des pupilles ; vision normale et régulière. Le malade se sert depuis longtemps de verres biconcaves n. 15 pour remédier à une myopie peu prononcée.

Sa seule préoccupation est une certaine inquiétude que lui causent ces mouvements involontaires des orteils du pied gauche, mouvements assez prononcés parfois pour détourner son attention et le distraire de ses occupations habituelles. C'est une préoccupation assez grande pour l'avoir empêché jusqu'à présent d'accepter une position définitive.

Notons maintenant les signes négatifs suivants, nécessaires à éclaircir le diagnostic de cette affection si singulière et si rare que je n'en ai trouvé, dans les auteurs, aucun cas semblable ou analogue.

La main et le bras gauche ne présentent aucun phénomène particulier: ils ne sont le siége d'aucun mouvement involontaire. On ne voit aucune oscillation dans les doigts.

La force musculaire des deux mains paraît égale, car le malade serre également fort à droite et à gauche.

Rien au cœur ni au poumon.

Impossible de découvrir la moindre trace de syphilis ou d'alcoolisme.

Comme antécédents héréditaires on ne cite qu'une cousine germaine assez folle pour être admise dans un asile, les autres membres de la famille sont en bonne santé.

Dans une autre entrevue, un mois plus tard environ, j'ai remarqué, en étudiant les mouvements si curieux des trois derniers orteils du pied gauche, qu'il suffit de frictionner légèrement, avec la pulpe du doigt, la base des orteils, au-dessus des tendons des muscles extenseurs (extenseur commun des orteils, muscle pédieux) etc. pour arrêter les mouvements. La friction faite à la base du deuxième orteil, outre qu'elle arrête tout mouvement dans le pied, amène dans les orteils une sorte de calme qui ne se communique pas toutefois au reste du membre.

On fait également cesser les mouvements des orteils quand on fait ces frictions le long de la face externe de la jambe. Aussitôt celles-ci terminées, les mouvements ne tardent pas à recommencer.

Le pied droit examiné attentivement présente, dans le deuxième orteil, un léger mouvement involontaire, qui parfois se communique aux trois derniers. Mais ces mouvements sont beaucoup moins accentués que du côté gauche. Aussi les sensations particulières qui ont leur siége dans tout le côté gauche,sont-elles moins vives dans le côté droit, et ne ne dépassent-elles pas le pli inguinal.

Quoique questionné à plusieurs reprises, M. L... a toujours répondu que depuis sa paralysie faciale, il n'avait jamais observé la moindre insensibilité dans le côté gauche, ni en aucun point du corps.

Traitement. — Au début du traitement, c'est-à-dire le 3 novembre 1878, notre malade fit usage d'une pommade belladonée qui n'amena aucune amélioration. Je lui conseillai alors les courants continus Par suite de circonstances particulières, ceux-ci ne furent appliqués que vers la fin de janvier 1879.

On employa d'abord la petite machine de Gramme qui ne produisit que des effets très-médiocres mais cependant suffisants pour penser qu'avec de la persévérance et un courant plus intense, on obtiendrait un bon résultat. Afin d'obtenir un courant continu, presentant une *tension assez forte* en même temps qu'une *action chimique minimum* je m'adressai à mon collègue M. E. Branly qui avait déjà mis à ma disposition la machine de Gramme, de son laboratoire. Sur son conseil j'eus recours à la pile de Volta, dite pile à colonne. Celle-ci possède une grande force électro-motrice et par conséquent une tension considérable avec un pouvoir chimique des plus faibles. Son seul inconvénient est qu'il faut la monter chaque fois qu'on veut s'en servir. Comme notre malade avait le temps de faire cette petite opération qui ne demande guère plus d'un quart d'heure à vingt minutes je lui fis les premières applications avec les rondelles de drap imprégnées d'eau salée, mais le résultat ne fut guère meilleur qu'avec la petite machine de Gramme. Les applications furent faites avec l'eau acidulée avec 1/10e d'acide sulfurique. Le courant développé était beaucoup plus intense et l'amélioration fut tout de suite plus considérable. Très souvent les mouvements s'arrêtaient pendant l'application et ne reparaissaient que plusieurs heures plus tard, mais beaucoup plus faiblement. La durée de la séance était d'abord d'un quart d'heure. Le pôle positif était appliqué successivement sur la région externe de la jambe, un peu au-dessous du genou, puis en différents points de l'épine dorsale, tandis que le pôle négatif l'était sur la face dorsale du pied, près des orteils, ou quelquefois à la légion plantaire.

Le courant était généralement bien supporté; quelquefois cependant il excitait une douleur assez vive au point d'application du pôle positif. En retirant le cylindre en laiton garni d'une éponge imbibée d'eau salée, qui servait d'électrode, on voyait que la peau était rouge dans une certaine étendue, mais sans produire ni phlyctène, ni eschare.

Aprés avoir fait une séance tous les deux jours, pendant environ quinze jours je constatai deux

choses : d'abord l'amélioration évidente, ensuite l'inocuité des courants. Je laissai alors le malade faire les applications lui-même, ce qui lui était assez facile en se couchant. Celles-ci furent faites alors plus irrégulièrement, tous les trois ou quatre jours et pendant un intervalle variant d'un quart d'heure à une demi-heure et comme notre malade était assez douillet il réduisit successivement le nombre des éléments de la pile ; de cinquante que j'avais employés primitivement il arriva bientôt à vingt-cinq. Il est vrai que pour varier facilement le nombre des éléments et par conséquent l'intensité du courant j'avais fait faire plusieurs disques munis d'un petit anneau extérieur, propre à recevoir un électrode.

De la sorte on peut varier presque instantanément le nombre des éléments suivant la sensation ressentie.

Malgré les irrégularités de cette application l'amélioration du début se maintint et progressa si bien qu'à la fin d'avril, les mouvements involontaires avaient tout à fait cessé. En même temps avait cessé cette inquiétude vague qui tourmentait le malade. Cependant les sensations singulières dont le côté gauche était incommodé n'ont fait que diminuer d'intensité sans disparaître complétement.

Pour être complet, il faut encore ajouter que pendant la durée du traitement survinrent des furoncles qui occupaient principalement les jambes, surtout à gauche.

Tels sont les phénomènes subjectifs et objectifs présentés par le malade et qui ont cédé à l'action des courants continus.

Essayons maintenant de les rattacher à une affection connue du cadre nosologique. La légère paralysie faciale gauche survenue à l'âge de vingt ans et disparue en deux mois sans laisser la moindre trace, pendant cinq années consécutives, nous permet, peut-être, de rapporter les mouvements involontaires des orteils à la série des troubles posthémiplégiques sur lesquels l'attention du monde médical a été attirée dans notre pays, par les travaux de M. le professeur Charcot et par ceux de ses élèves. Mais ces troubles posthémiplégiques constituent l'hémichorée pour M. Charcot. Notre malade ne présente rien d'analogue à ce que nous voyons dans la thèse de M. Raymond (*Etude anatomo-physiologique sur l'hémianesthésie et les tremblements symptomatiques*, Paris, 1876).

L'affection décrite pour la première fois, en 1871, par Hammond, médecin de New-York, sous le nom d'*athétose* et que la thèse de M. P. Oulmont (*Etude clinique sur l'athéthose*, Paris, 1878) a beaucoup contribué à faire connaître en France, pourrait, peut-être, mieux convenir aux symptômes présentés par notre malade. Mais disons tout de suite que la lecture très attentive de la thèse de M. P. Oulmont, où sont rapportés tous les cas connus d'athétose, ne nous a pas montré une seule observation pareille à la précédente. Il ressort, en effet, de cette lecture que, dans tous les cas cités, l'affection a débuté invariablement par le membre supérieur. Ce sont d'abord les doigts qui sont animés de mouvements involontaires. C'est simultanément ou plus tard que les orteils se prennent à leur tour. Jamais le membre inférieur n'a pris l'initiative de ces curieux symptômes. Dans l'observation VIII du travail de M. P. Oulmont (p. 45) où il s'agit d'un garçon de quatorze ans, atteint d'hémiathétose, à droite, consécutive à une attaque d'apoplexie survenue à l'âge de quinze mois et dans laquelle les mouvements involontaires sont plus accentués au pied qu'à la main, l'auteur fait remarquer que : « Il existe ici, dans les caractères de l'athétose, une anomalie qu'on ne retrouve nulle part ailleurs ; c'est l'intensité plus grande des mouvements involontaires au membre inférieur qu'au membre supérieur. C'est en contradiction, non-seulement avec les autres cas d'athétose ; mais avec les autres désordres des mouvements posthémiplégiques, plus accentués d'habitude dans le membre supérieur. » Cette localisation des mouvements athétosiques dans les orteils, me paraît donc être le seul exemple connu et c'est uniquement à ce titre que je rapporte cette observation avec le plus de détails possible.

Que l'on range ou qu'on ne range pas l'observation précédente parmi les cas d'athétose, il est utile de résumer ici les particularités qui empêchent de la confondre avec les observations publiées jusqu'ici.

Constatons :

1. La faible intensité de la paralysie faciale du côté gauche.

2. L'apparition des mouvements involontaires dans les orteils du pied gauche, c'est-à-dire du côté qui avait été atteint de paralysie. Il n'y a donc pas croisement comme je l'avais dit d'abord sur la fausse indication du malade.

3. L'intervalle de temps considérable (cinq ans) écoulé entre la disparition complète de la paralysie et l'apparition des premiers mouvements involontaires.

4. La localisation de ceux-ci dans les orteils, sans qu'il y ait la moindre atteinte dans les doigts.

7. L'apparition plusieurs années après de mouvements semblables mais moins intenses dans le second orteil du pied droit (1).

6. La cessation de ces mouvements par l'application, pendant trois mois environ, des courants continus fournis par un fil à colonne de cinquante éléments.

Cette dernière constatation vous empêchera, ainsi que moi, je l'espère, de ne point regretter que je laisse de côté toute discussion sur le siége anatomique et sur la nature de cette affection reconnue depuis si peu de temps comme maladie distincte et qui, dans les exemples décrits jusqu'à présent, paraît plus symptomatique qu'idiopathique

Le cas actuel est le seul qui pourrait autoriser à admettre une forme idiopathique d'athétose, c'est-à-dire une forme qui n'aurait point pour cause une lésion cérébrale quelconque.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 septembre 1879.

M. le docteur Th. David donne lecture d'un mé-

(1) A ceux qui se demanderaient si nous n'avons pas eu affaire à un cas d'athétose double, nous répondrons que le cas actuel diffère tellement de ceux décrits jusqu'à présent, qu'il est difficile, en l'absence des mouvements involontaires de la face, de trop songer à cette assimilation.

moire intitulé : Contribution à l'étude de l'*herpès* dit *traumatique* et signale quelques faits d'herpès qui paraissent se rattacher à la variété décrite par M. le professeur Verneuil sous le nom « d'herpès traumatique. »

« En parcourant la littérature, déjà considérable, relative à ce sujet, nous n'avons trouvé aucun fait, bien observé, se rapportant à des traumatismes ou à des lésions de l'appareil dentaire. La seule mention que nous ayons pu recueillir à cet égard, appartient à de Haen, cité par M. Hybord dans sa thèse inaugurale. Cet auteur dit avoir vu un homme qui, jusque-là bien portant, eut, après l'avulsion d'une dent, de violentes odontalgies suivies d'éruptions sur le front. Or ce fait, que nous tenons cependant en grande considération, n'est pas présenté avec toute la rigueur scientifique à laquelle nous sommes habitués de nos jours.

Nous avons observé trois cas d'éruption vésiculeuse et qui appartiennent à cette variété étiologique. Aussi les avons-nous jugés dignes de votre attention, ainsi que les conclusions pathogéniques que l'on peut en tirer :

1. Dans l'un, il s'agit d'une dame qui, à la suite de l'avulsion d'une molaire inférieure, est prise de malaise général, de fièvre, puis d'une légère fluxion à la joue correspondante au côté opéré. Deux jours après, ces symptômes cessent, alors qu'apparaît sur la partie inférieure de la joue, une éruption d'environ 40 vésicules d'herpès. La dermathose, complétement indolente, est guérie au bout de cinq jours, laissant toutefois, à la place des vésicules, de petites taches rouges qui ont persisté quelque temps encore. Le sujet est né de parents rhumatisants; il a un tempérament lymphatique et une constitution légèrement scrofuleuse.

2. Le deuxième fait se rapporte à une demoiselle de 28 ans qui a été très-chlorotique de 17 à 22 ans, qui est extrêmement névropathe, qui a de fréquentes névralgies; depuis l'âge de 16 ans, elle suit un régime tonique, fortifiant, prend du fer, va aux bains de mer; à 22 ans elle a eu un eczéma assez rebelle au bras droit. Son père était aussi rhumatisant.

Nous pratiquons chez elle, dans la même séance, l'aurification de plusieurs caries entièrement indolentes. Cette opération nécessite pendant assez longtemps l'ouverture forcée de la bouche et de forts tiraillements de la joue gauche. Le soir même l'opérée entre dans un état fébrile qui se prolonge encore tout le lendemain. Pendant la deuxième nuit apparaît sur la joue gauche, au-dessous de la pommette, un groupe de quatre vésicules, et le calme revient complet; 7 jours après, l'éruption est guérie.

Ces deux faits d'herpès appartiennent évidemment aux variétés dites de « voisinage » et « périphériques. »

Voyons maintenant quelle est leur explication pathogénique.

Faut-il admettre que ces éruptions sont la conséquence d'une altération trophique survenue dans la région à la suite d'un trouble nerveux occasionné lui-même par le traumatisme? Nous croyons plutôt qu'elles relèvent d'un état général, M. Verneuil admet bien, lui aussi cette influence :

« Le traumatisme, dit-il, est une cause pathogénique générale provoquant l'herpès comme il provoque l'érysipèle, le tétanos ou tout autre accident des plaies. » Mais l'idée qui nous a paru dominer dans l'esprit du savant professeur, c'est que le traumatisme n'est que la cause venant éveiller une prédisposition constitutionnelle, une diathèse latente : « herpétisme, névropathie, » ou autres.

Certainement, dans nos deux faits, on peut invoquer, à l'appui de cette idée, les antécédents des sujets (tempérament lymphatique, constitution scrofuleuse d'une part; névropathie, herpétisme de l'autre); mais il est une circonstance qui, à notre avis, doit primer toutes les autres, c'est celle de la « fièvre ». Nos deux malades ont eu, pendant près de deux jours, un mouvement fébrile très-prononcé, qui a cessé à l'apparition de l'herpès. N'est-il donc pas logique de faire de cette éruption un signe critique de la fièvre, et d'admettre une véritable fièvre herpétique, ainsi que l'a proposé M. Parrot? Nous ne sommes cependant point exclusif, et pour certains cas, ceux où l'éruption survient sans accompagnement de fièvre, nous tenons pour bonne celle de M. Verneuil expliquant la dermatose, à la fois par une influence constitutionnelle et par une modification locale. C'est du reste ce que prouve le résumé de notre troisième observation.

3. Une demoiselle très-nerveuse et manifestement herpétique avait une dent de « sagesse » inférieure en voie d'éruption. Chaque fois que le lambeau de gencive, recouvrant la dent, venait à être contusionné et enflammé, toute la face externe du bord gingival correspondant se couvrait d'une éruption vésiculeuse. Ces éruptions n'ont cessé de reparaître qu'après la destruction du lambeau gingival.

Notons une particularité de ce fait; c'est qu'il semble démontrer jusqu'à un certain point l'identité de l'herpès et de l'aphte que quelques auteurs ont appelé l'herpès des muqueuses. L'éruption était ici constituée par ce que l'on décrit habituellement sous le terme d'aphte; seulement, au lieu d'apparaître en vésicules uniques ou isolées, elle s'est montrée en groupe. Ce fait, qui appartient encore à la variété, dite du voisinage, nous paraît être parfaitement justiciable au point de vue pathogénique, de la théorie de M Verneuil.

Dans les trois cas, l'éruption vésiculeuse est survenue à la suite de traumatismes peu considérables chez la femme, et du côté gauche; contrairement au zona, elle s'est toujours montrée indolente.

Enfin, voici les conclusions que nous voulons surtout mettre en relief.

1o. Parmi les éruptions vésiculeuses d'origine traumatique, quelques-unes, bien que reconnaissant pour cause initiale le traumatisme lui-même, peuvent être considérées comme effet et comme signe critique de la fièvre qui le précède. Il y aurait donc lieu :

2o D'admettre une fièvre herpétique, ainsi que le propose M. Parrot.

3o Les traumatismes et les diverses opérations pratiquées sur les dents et dans la bouche en général doivent être considérés comme pouvant provoquer, soit la fièvre herpétique, soit l'herpès traumatique proprement dit.

M. Giraud-Teulon lit un rapport au nom d'une commission composée de MM. Gavarret et Giraud-Teulon sur une note relative à une illusion d'optique, lue à la séance du 4 février 1879 par M. le Dr Prompt, ancien élève de l'école polytechnique.

L'illusion d'optique dont il s'agit est une de celles décrites et expliquées dans le passage 28 de la 3e partie de l'optique physiologique de M. Helmholtz» les principales de ces illusions d'optique sont connues sous le nom de « lignes parallèles de Hezring ; de « bandes parallèles à croisillons obliques » de Zolluer.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

—

8e session.—CONGRÈS DE MONTPELLIER.—1879.

Section des Sciences Médicales.

Séance du 29 août 1879.—Présidence de M. POTAIN.

Des lésions du péritoine chez les alcoolisés,
par M. LEUDET (de Rouen).

Le travail lu par M. LEUDET comprend deux parties : l'une consacrée à l'*ascite* chez les *alcoolisés*, l'autre réservée à la *péritonite chronique*. Il se termine par les conclusions suivantes :

1. Les individus qui abusent de boissons alcooliques peuvent être atteints d'ascite survenant sans symptômes graves, sans altération antérieure notable de la santé ;
2. Ces ascites sont susceptibles d'arrêts prolongés, peut-être même d'une guérison définitive ;
3. La péritonite chronique des alcoolisés peut survenir lentement sans symptômes graves ;
4. Elle semble résulter souvent de l'irradiation lente de lésions du tube digestif, comme la cirrhose gastrique, avec ou sans ulcère, l'entérite ;
5. La péritonite chronique peut provoquer des recrudescences phlegmasiques du péritoine, des épanchements liquides, généraux ou partiels, des hémorrhagies intra-péritonéales.

M. HENROT (de Reims) cite plusieurs faits de sa pratique qui rentrent dans les catégories établies par M. Leudet. Il rapporte notamment l'observation d'un gros marchand de vin affecté d'abord de gastrite chronique, puis d'ascite, à la suite d'excès alcooliques. Le foie ne semblait point malade. Une ponction fut faite pour évacuer le liquide de l'ascite. Des purgatifs et un peu d'eau de Vichy ont complété la guérison, et, depuis un an, celle-ci ne s'est pas démentie.

M. DENUCÉ rappelle qu'il se disposait à pratiquer la paracentèse chez un alcoolique affecté d'ascite, mais que celui-ci refusa l'opération. Il eut alors recours à l'eau-de-vie allemande et au régime lacté, et quelques temps après l'abdomen, qui renfermait bien douze à quinze litres de liquide, reprit son volume normal. La guérison se maintient depuis trois ans. Il faut ajouter que le malade a renoncé à ses mauvaises habitudes.

—

Contribution à la physiologie de l'acide salicylique
par M. LIVON (de Marseille).

M. LIVON communique la suite de ses recherches sur l'action physiologique de l'acide salicylique; ses recherches ont porté sur la respiration et le système musculaire.

Pour la respiration, il a constaté que sous l'influence de l'acide salicylique administré à un mammifère (cobaye), à un oiseau (tourterelle), à un batracien (grenouille), il y avait une augmentation d'acide carbonique exhalé.

Sur le système musculaire de la grenouille, il a obtenu des tracés indiquant la formation lente de contractions tétaniques, suivies bientôt d'un épuisement du muscle.

Etudiant l'action sur la contractibilité musculaire et sur la cause de ces contractions tétaniques, il arrive au résultat suivant par de nombreuses expériences : c'est que l'acide salicylique a une action spéciale sur le système nerveux central, et qu'en second lieu l'extinction rapide de la contractatilité musculaire est due plutôt à l'épuisement provoqué par les convulsions auxquelles la substance a donné naissance, comme cela arrive pour la strychnine et la nicotine, qu'à une action spéciale sur la fibre contractile.

M. CARRIEU a publié un cas de mort consécutive à l'administration de salicylate de soude chez un sujet atteint de rhumatisme. La mort survint au milieu de convulsions très-fortes. A l'autopsie, on ne trouva qu'une légère congestion des méninges et un peu plus de liquide qu'à l'état normal dans les ventricules cérébraux.

M. CLÉMENT (de Lyon) ne s'explique pas l'exagération d'acide carbonique que M. Livon a observée dans ses expériences, puisque le salicylate de soude a une action antipyrétique incontestable et constante. D'autre part, même après des doses de 6 à 8 grammes par jour, il n'a jamais été observé d'accident, et il considère le salicylate de soude comme un moyen héroïque dans le traitement du rhumatisme aigu. Jamais, pour son compte, il ne donne moins de 6 grammes par jour, et il peut affirmer que le salicylate de soude, à la dose de 8 à 10 grammes, n'a produit que des nausées, du bourdonnement d'oreilles; jamais d'accidents convulsifs. — Il ne s'inscrit pas en faux contre les expériences de M. Livon, mais il pense qu'elles sont susceptibles d'une interprétation différente.

M. COMBAL émet l'opinion qu'on n'a pas formulé jusqu'à présent les indications précises du salicylate de soude. Excellent dans le rhumatisme vrai, ce médicament est nuisible dans le rhumatisme compliqué de goutte et dans la goutte aiguë. Sans doute il calme les douleurs articulaires, mais il les calme en déplaçant le travail morbide, et c'est pour cette raison qu'il ne faut employer alors le salicylate de soude qu'à des doses très-modérées.

M. J. BERGERON (de Paris) dit n'avoir jamais observé chez les enfants d'accident convulsif après l'administration du salicylate de soude, et il se demande si, dans les cas de mort attribués à ce médicament, il ne s'agit pas en réalité de rhumatisme cérébral ou de lésions rénales très avancées peu propres à l'élimination du salicylate de soude.

M. G.-H. PETIT (de Paris) a fait à ce sujet de nombreuses recherches bibliographiques, et il a constaté que, dans tous les cas de mort, il existait des lésions viscérales évidentes, soit du côté du cœur, soit surtout du côté des reins.

Sur l'état sanitaire des populations du gouvernement de Kiew.
Par M. PODOLINSKY.

L'auteur indique la situation géographique, la

population, l'état sanitaire du gouvernement de Kiew. Mais la partie la plus intéressante de son travail est celle qui est relative à la syphilis ; aussi mérite-t-elle d'être reproduite *in-extenso*.

« La syphilis est le fléau principal des populations rurales de presque toute la Russie. Dans toutes les contrées que j'ai eu l'occasion de visiter, la quantité des malades est énorme ; mais dans le Midi, ce sont surtout les gouvernements de Kiew, de Pultava et de Chernigow qui en souffrent le plus. Je connais des villages où au moins le tiers des habitants est contaminé par le mal. Dans celui de Jaroslawka, sur 120 familles, il y en a 30 que je connais être syphilitiques, et 64 dont je suis sûr qu'elles ne le sont pas. L'influence de la syphilis sur la dégénération de la population et sur l'accroissement de la mortalité est énorme. Je ne connais presque pas de membre d'une famille syphilitique de mon village qui ait dépassé l'âge de 60 ans. Les trente familles contaminées ont fourni, dans le courant de 27 ans, 124 cas de mort ou 4,15 par famille, tandis que les 64 familles libres de la contagion n'ont perdu que 176 individus ou 2,75 par famille.

Par conséquent, le rapport de la mortalité des syphilitiques à celle des personnes qui ne le sont pas est dans le village de Jaroslawka égal à 150 : 100 ».

Les raisons principales d'une pareille propagation de la syphilis sont l'hérédité et le mariage. « Il y a encore des motifs spéciaux dans le midi de la Russie, et surtout dans le gouvernement de Kiew : ce sont les fabriques de sucre et des plantations de betteraves, où le travail est organisé d'une façon vicieuse et dangereuse pour la salubrité publique. Les fabricants de sucre, pour la plupart juifs, ne trouvant pas facilement la grande quantité d'ouvriers nécessaire à la culture des betteraves, en partie à cause de l'aisance relative et de la modicité des besoins de la population rurale, ont imaginé d'attirer la jeune génération des villageois en réunissant l'orgie au travail, en offrant de l'eau-de-vie et en faisant jouer de la musique plusieurs fois par jour, en faisant coucher jeunes garçons et jeunes filles ensemble, en un mot, en offrant toutes les occasions à la débauche, en tâchant de dépraver la population, de la ruiner moralement et matériellement pour l'avoir constamment en leur pouvoir Les jeunes gens des villages, grâce au manque complet de toute espèce d'éducation intellectuelle ou morale, se laissent bien souvent prendre dans ce piége grossier, quittent par centaines les maisons de leurs parents et s'en vont passer deux ou trois mois aux plantations de betteraves, dans un milieu dépravé et malade, s'habituant à boire de l'eau-de-vie, dépensant leur salaire, contractant la syphilis. Les jeunes filles qui ont passé une saison « *aux betteraves* » sont très-difficiles à retenir à la maison. Elles s'ennuient et ne peuvent plus supporter le travail régulier dans leur famille. Dès qu'elles voient arriver au printemps les beaux musiciens-embaucheurs des fabricants assis sur des chars décorés, traînés par quatre chevaux magnifiques, elles n'écoutent plus les sages exhortations de leurs parents et se laissent facilement enlever, pour ne revenir que vers la fin de la saison, fatiguées, dépravées, malades. A 15 kilomètres environ de Jaroslawka, il y a un village nommé Lipianka qui m'a fourni dans le courant d'un seul été plus de cinquante jeunes filles de 16 à 25 ans malades de la syphilis.

M. J. Bergeron demande quelles sont les doctrines médicales au point de vue de la syphilis dans les contrées qu'a étudiées M. Podolinsky. Regarde-t-on les accidents secondaires comme pouvant donner la syphilis ?

M. Podolinsky répond qu'on admet la contagiosité des accidents secondaires, mais que l'extension de la syphilis s'explique principalement par l'incurie du gouvernement et des municipalités, qui ne prennent aucune mesure prophylactique contre la syphilis.

—

La maladie et la lésion hématique.

par M. Quinquaud.— Communication faite par M. L.-H. Petit

Chaque espèce morbide, en nosologie, entraîne à sa suite une altération particulière du sang correspondante.

En voici les exemples :

a. Dans la dilatation simple de l'estomac, l'hémoglobine reste au-dessus de 90 gram. (chiffre normal. 125 gram. pour 1000 gram.), le pouvoir absorbant à 174 centim. cubes d'oxygène (chiffre normal 240 c. c.).

b. Au contraire, dans les cancers de l'estomac, l'hémoglobine descend à 52 gram. et le pouvoir absorbant à 100 c. c.

Du reste, dans les cancers en général, on trouve une grande destruction de l'hémoglobine, qui peut descendre à la période d'état à 28 gram., tandis que les matériaux solides du sérum s'éloignent peu du chiffre normal.

c. L'hémoglobine, dans la néphrite interstitielle, arrive au chiffre de 72 gr.. son pouvoir absorbant à 140 c. c. — Les matières solides restent aux environs de 74 gram.

d. Il n'en est pas ainsi dans la néphrite parenchymateuse, où l'hémoglobine devient à 65 gram., le pouvoir absorbant à 126 c. c., les matières soleides du sérum à 64 gram.

e. Dans le scorbut, l'hémoglobine atteint le chiffre de 57 gram., le pouvoir absorbant 110 c. c.

f. Dans le purpura simple, l'hémoglobine descend vers 70 gram., le pouvoir absorbant à 134 c.c. tandis que dans le *purpura hémorrhagica* un peu grave, la substance cristallisable du sang est à 56 gram. et le pouvoir absorbant 108.

g. Dans la chlorose vraie, l'hémoglobine est détruite dans de fortes proportions, arrive à 50 gram.; le pouvoir absorbant reste à 96 c. c. Mais le sérum reste parfaitement sain, c'est presque la seule affection qui soit caractérisée par une telle lésion.

h. La thoracentèse amène des modifications de la crase sanguine : l'hémoglobine est détruite seulement dans les quelques jours qui suivent l'opération, et bientôt cette substance atteint son taux primitif ; le pouvoir absorbant diminue également ; il en est absolument de même des substances solides du sérum.

Si la maladie tend à la suppuration, la courbe de ces lésions devient décroissante ; c'est même là un signe qui a sa valeur pour découvrir la purulence de la plèvre.

i, Ces analyses chimiques du sang permettent encore de montrer qu'il existe une différence entre la pneumonie franche et la pneumonie typhoïde; dans la première, l'hémoglobine n'arrive pas à 105 gram., tandis que dans la seconde elle descend à 70, 72 g. Dans la première, les substances solides du sérum restent à 88 gram., dans la seconde elles arrivent à 72 gram.

j. Dans la tubulhématie rénale de M. le professeur Parrot, à peine s'il y a un pouvoir absorbant de 30 c. c.

k. Le sang de femme enceinte est moins riche en hémoglobine que le sang du fœtus : sang de la mère, 76 gr. d'hémoglobine ; sang du fœtus, 95 gr.; le fœtus use surtout les matières solides de son sérum.

Il ressort clairement de ces études d'hématologie qu'il y a souvent grand intérêt pour le médecin à faire les analyses du sang ; elles servent à établir un diagnostic et un pronostic sur ces bases solides ; c'est bien là où doit tendre la médecine moderne.

—

Sur le sable intestinal.

Par M. Marquez (d'Hyères).

L'auteur ajoute un nouveau cas à ceux que M. Laboulbène a réunis précédemment (*Bull. Acad. Méd.*, séance du 19 novembre 1873, et *Nouv. élém. d'anat. path.* 1879). Cette observation démontre qu'une alimentation presque exclusivement animalisée n'a pas été un obstacle à la production de sable dans les voies intestinales.

Note sur les atrophies cérébrales chez les amputés.

Par H. de Varigny.

Communication faite par M. Broca, fils.

Après avoir rappelé qu'il y a des cas négatifs et des cas affirmatifs avec lésion en dehors ou au niveau de la zone corticale dite motrice, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : « Les atrophies cérébrales chez les amputés sont chose inconstante, non nécessaire, difficile à reconnaître, de nature inconnue, et ne paraissant pas être à même d'appuyer ou de contredire sérieusement la théorie des localisations cérébrales. Pour nous, le point principal qui appelle toute l'attention est l'état histologique des circonvolutions. Là est le nœud de la question, selon toute probabilité.

L'un des secrétaires de la Section,

V. Chalot.

(*Gaz. heb. de Montpellier*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

—

LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

—

III

(Suite.)

Nous arrivons à une troisième catégorie de spécialités contre lesquelles il nous semble également impossible de lutter avec avantage. Ce sont celles qui consistent à modifier la forme pharmaceutique, en enrobant le médicament de manière à dissimuler son goût ou à faciliter son mode d'absorption. Les capsules de différents modèles, les granules de toute couleur et de tout volume, les cachets, les perles, les bols, etc., sont innombrables de variété. Il en est, dans ces nombreuses spécialités, qui sont excellentes: il en est d'autres qui sont inutiles ; quelques-unes devraient être poursuivies. Quel peut être à cet égard le rôle du médecin ! Ici encore c'est lui qui nous semble être souvent le vrai coupable, si les préparations spéciales mises en vente contre les maladies vénériennes sont si nombreuses, et si un grand nombre d'entre elles, bien que absolument inefficaces, se vendent aux malades. Mais que de granules, que de bols, que de capsules auxquels on ne songerait plus depuis longtemps si, alléchés par les annonces, les spécimens ou les brochures qu'on leur envoie par les agendas gratuits qu'ils reçoivent, les médecins ne les recommandaient à leurs clients! Ce que nous proposons plus loin s'appliquera donc à ces produits spéciaux dont quelques-uns peuvent être conservés, mais dont le plus grand nombre devrait être supprimé et qui tous devraient être fréquemment analysés et contrôlés, pour éviter un abus trop fréquent qui consiste à enrober dans des capsules ou des cachets d'apparence excellente des produits inertes ou dangereux.

Il en est de même des préparations et des substances alimentaires auxquelles on attribue des propriétés médicamenteuses d'une efficacité souvent merveilleuse. Qui ne connaît la *douce* Revalescière du Barry et les innombrables cures dont elle bénéficie, grâce à l'aveugle crédulité de certains malades. Qui ne sait distinguer, entre certains produits alimentaires que l'on peut prescrire aux enfants en bas âge, ceux qui sont vraiment utiles et ceux qui ne réussissent que grâce à de pompeuses réclames: Aux médecins de proclamer l'inefficacité ou les dangers de ces préparations : à l'administration, suffisamment armée par les lois en vigueur, d'en interdire le honteux trafic.

Nous arrivons enfin aux médicaments secrets, aux *spécialités* vraiment dangereuses, à ces remèdes qui ont toutes les vertus, qui guérissent toutes les maladies, ou bien à ces pilules, à ces élixirs, à ces tisanes, à ces liqueurs, à ces vins si renommés et si souvent inefficaces. Leur formule est inconnue, leur mode de préparation est soigneusement tenu secret. Leurs propriétés ne peuvent être appréciées que par l'expérience ; et cette expérience ne s'acquiert qu'à la longue. Souvent il arrive que, durant quelques années, ces remèdes réussissent admirablement. Puis ces effets favorables cessent d'être constatés. Au lieu d'employer des produits de bonne qualité, au lieu de se servir de préparations actives, les industriels qui les mettent en vente et qui les ont adroitement lancés se bornent dès lors à enrober de capsules bien closes des poudres inertes ou à aromatiser des liqueurs alcooliques sans principe actif. Souvent ils fournissent des médicaments qui, comme le disaient il y a huit jours à propos du fer dialysé MM. Personne et Berthelot, ne peuvent jamais avoir aucune action sur l'économie. Il importe donc de savoir reconnaître, parmi ces nombreuses spécialités, celles qui sont vraiment utiles, celles qui sont simplement inefficaces, celles enfin qui sont ou qui peuvent être nuisibles. Il importe surtout de les analyser, d'en connaître la formule et de les

evoir expérimentées avant de lee recommander. Les médecine qui les preecrivent elors que, voulant contenter un client difficile, ils ne eavent à quelle préparation magistrale s'adresser, sont très-coupables. Maie que penser de ceux qui donnent imprudemment ou dans un but peu avouable des attestatione expreseément destinées aux prospectue annonçent ces remèdes toujours infeillibles, au dire de leure perrains !

(*Gazette hebdomadaire*) Dr Lereboullet.

IV.

Aprèe avoir eseayé de définir ce qu'il faut entendre per *spécialité pharmaceutique ;* après avoir montré que, soue ce nom, on confond d'ordinalre des préparations excellentes auxquellee les pharmeciens, qui se sont spécialement appliqués à les fabriquer, sont autorisés à donner leur nom, et des drogues inefficaces ou même dangereusee dont le nom bizarre et la réclame peuvent eeule assurer le succès, il importe de bien faire comprendre quels sont les dangers de certains abue qui tendent à abaisser la médecine et à détruire la pharmacie ; il importe surtout de montrer toutes les difficultée que rencontreront lee législateure qui prétendraient réprimer ces ebus, et d'insister cependant sur la néceseité des mesuree à prendre pour les combattre.

Il ne nous perait point utile de rappeler longuement combien devient plus envahiesante chaque jour la menie des spécialitée. Forcés, pour satisfaire les exigences de leur clientèle, de posséder toutes les spécialitée en renom, bien des pharmaciens s'efforcent d'en inventer de nouvellee pour augmenter leurs bénéfices. En vain les prescriptions trèe-formellee de la loi de germinal leur interdisent-elles de préparer à l'avance des médicaments dont la formule n'est pas inscrite au *Codex*. Combien est-il de pharmecies normalee, rationnelles ou autres qui n'aient leurs sirops, leurs pâtes ou leurs pilules spécialement destinés à guérir toutes les maladies ! Un prospectue plus ou moins riche en promessee pompeuses, un empaquetage plus ou moine coquet, et quelques peroles adroites tiennent lieu de formules magistralee et de consultations prises au cabinet du médecin. Le malade, qui ne demande qu'e être rassuré sur la nature du mal dont il eouffre, accepte, sans contrôle possible, le remède qui doit le guérir. Les annonces cu les réclames qu'il a lues à la quatrième pege des journaux politiques lui inspirent la plus aveugle confiance. Et c'est einsi que les pharmeciens s'occupent de moins en moins de la récolte, de la conservation et de la préparation des drogues magietrales. Maie il y a plus. Dans l'enquête à laquelle, pour nous éclairer nous-mêmes sur l'étendue du mal que l'on prétend combattre, nous avons dû nous livrer ces jours derniers, nous avons appris bien dee détaile, aussi instructifs que tristes à enregister. La fortune des epécielités ne tient pas seulement à l'habileté de ceux qui les fabriquent ou à la crédulité des ignorants qui les absorbent. Certains médecine, infiniment plue coupables que les industriels qui cherchent à écouler leurs produits, ne reculent pas devant les procédes les plus méprisables pour augmenter leurs revenus. Il en est qui, dans des consultations gretuites ou même rétribuées, ne prescrivent que des spécialités dont le nom ne figure pas eur leurs ordonnances ; elles eont désignées par un numéro, et ne peuvent être achetées que chez un pharmacien spécial, qui partage ees bénéficee avec son indigne associé. Des traités commerciaux, trèeadroitement rédigés, aseurent au médecin un bénéfice considérable. Souvent même celui-ci reçoit une eubvention meneuelle et traite à forfait avec un pharmacien en s'engageant à ne livrer à ses cliente que des formules dont le prix sera trèsélevé. Il en est d'autres qui, non contente de ce trafic distribuent eux-mêmes et ee font peyer directement des drogues aussi chères qu'elles eont inefficaces. Leurs salons de consultetion, très-fréquentée d'ailleurs, deviennent ainsi des agences où l'on peut prendre en même temps une conseltation médicale et toute la eérie des drogues qui devront, dans un avenir plus ou moins rapproché, guérir la maladie constatée ou imaginée par celui que son traité oblige à prescrire chaque jour un grand nombre de médicaments. Il en est enfin qui s'abaissent — nous avons sous les yeux la preuve imprimée de ce que nous avançons — jusqu'à proposer aux pharmaciens lee associations et lee compromiesions les plus inevouablee « L'associatione des médecins et des phermaciens, dit l'un de ces prospectus, est choee nécessaire et utile. Envoyez-moi des clients. Je m'engage à partager avec vous les bénéfices que je pourrai retirer de mes consultations et à ne faire exécuter que par vous seul des prescriptions qui, je voue le garentie, vous remboureeront lergement de vos frais. » Est-il néceseaire d'ajouter que ces médecine ne prescrivent que des *spécialités* ; qu'ils ont soin, pour augmenter leurs bénéfices, d'en inventer de nouvelles chaque jour ; que ces spécialités sont des solutions tout à fait inefficacee, et qu'une eurveillance un peu intelligente des annonces médico-pharmaceutiques et des officines peu estimables euffirait à les supprimer. Nous croyons que là est le mal qu'il importe avant tout et surtout de combattre. Quelle que soit le situation officielle d'un médecin, quels que puissent être d'eilleurs son mérite ou sa réputation, il s'avilit, le jour où, associé à des industriels, il ne prescrit plus que dane le but d'obéir eux clauees du traité commercial qu'il e signé. Parviendra-t-on jemeis à combatttre ce cherletanisme qui depuis quelques années a prie une extension ei regréttable : Nous n'osone l'espérer. Le cherletanisme dee eomnambulee ou des escrocs et l'exercice illégal de la médecine n'ont jameis été sérieusement attaqués. On arrivera plus difficilement encore à frapper ceux qui, couverts par un diplôme et quelquefois par leur renommée oublient tous leurs devoirs professsionnele pour se livrer au plus honteux métier. Nous essayerons cependant d'indiquer un système qui pourrait, jusqu'à un certain point du moine, atténuer les coneéquences de ce cherletanieme médico-phermaceutique.

Mais à côté de ces remèdes inutilee ou dangereux, de ces spécialités eans nom et sans formules recommandées par des médecins indignes du nom qu'ils ont ecquis, et vendues à des maladee trop crédules, il est un grand nombre de préparations spéciales excellentes. Noue ajouterons même que, préoccupés de faire mieux que leurs prédécesseurs, déeireux d'arriver rapidement à la fortune et encouregée par les succès de ceux qui ont donné leur nom à des spécialités aujourd'hui bien connues, il est des industriels qui errivent à réaliser de grands progrès dane l'art de préparer, d'enrober ou de conserver lee substances phermeceutiques. La dernière exposition universelle noue a montré, à ce point de vue, tout ce que l'on pouvait obtenir dene ce sens. Les pilules, les granulee, les capsules de toute forme et de toute dimension, toutes ces préparetions à la fois coquettes et faciles à administrer, ont été justement admirées. Eût-il été possible d'arriver à de semblables résultats si les industriels qui nous ont montré ces remarquables échantillons de leur habileté n'avaient été mis en mesure, en raison même de l'étendue de leurs relatione commerciales, de faire tous les sacrifices d'argent néceseaires pour réussir. La préparation en grend de certaines substances et le perfectionnement de leurs procédés d'enrobage sont monopolisés par un petit nombre de meisons Industrielles dont on ne peut donc souhaiter la ruine, parce que le progrès qu'elles ont contribué à réaliser est considérable. D'autre part, il importe de reconnaître aussi que lee perfectionnements apportés en France à la préparation des médicaments eet, pour notre pays, une source de revenus qu'un ministre du commerce sera toujours peu disposé à abandonner. Dans l'exposé des motifs du projet de loi qu'il avait eoumis en 1875 à l'Assemblée nationalo, M. de Lorgeril estimait à 130 millions de francs le chiffre de la vente annuelle, en France, des spécielités pharmaceutiques, et il estimait à plus de 20 millions le montant de l'exportation de cee mêmes médicaments ; ces chiffres sont infiniment au-dessous de la réalité. Noue ne pouvons en fournir de précis ; mais il est notoire que d'année en année la production et l'exportation de ces produits augmente dans des proportions considérables. L'immense fortune de certains industriels, fabricants de spécialités pharmaceutiques, en est la preuve. Il nous paraît donc impossible de décider que, l'application rigoureuse de la loi de germinal étant exigée, la plupart des spécialités devront disparaître.

D'ailleurs, nous le répétons avec intention, une semblable mesure serait mauvaise, parce qu'elle frapperait d'excellentes préparations et ne remédierait qu'imparfaitement au mal qu'il faut surtout combattre. Il nous semble que, dans ces conditions, il importerait surtout de faire un choix parmi les nombreuses spécialités qui s'étalent aujourd'hui à la vitrine de la plupart des pharmaciens et de supprimer toutes celles qui auraient été reconnues inefficaces ou dangereuses.

Les lois et les réglements qui régissent l'exercice de la pharmacie nous paraissent suffisants pour assurer l'exécution de cette réforme. La loi de germinal qui déclare, en effet, que toute préparation qui n'est pas inscrite au Codex, qui n'a pas été composée par un pharmacien pour un cas particulier, enfin qui n'a pas été spécialement autorisée par le gouvernement ne peut être ni annoncée ni vendue. L'annonce d'un remède secret est même sévèrement prohibée, et la loi du 29 pluviôse an XIII indique les peines qui devront frapper ceux qui contreviendraient aux prescriptions formelles de la loi de germinal (art. 36).

Ces dispositions législatives nous paraissent suffisantes, à la condition toutefois qu'elles soient applicables dans les cas, et ils sont nombreux, où il s'agit de combattre le charlatanisme et non de prohiber une bonne préparation. Voici dès lors comment il nous semble possible d'arriver à un résultat utile. Une ou plusieurs commissions permanentes composées de pharmaciens, choisis par exemple parmi les professeurs de l'École de pharmacie, les membres de la Société de pharmacie ou ceux de la Société de prévoyance des pharmaciens, seraient chargées de faire un rapport sommaire sur toutes les spécialités non inscrites au Codex, et non approuvées par l'Académie de médecine. Pour se soumettre au jugement de ces commissions, tous les fabricants de spécialités seraient tenus de fournir un certain nombre d'échantillons de leur produit, la formule qui sert à sa préparation, enfin l'indication du prix de vente. La commission s'assurerait que le médicament qui lui est présenté a été préparé d'après la formule qui lui est soumise, et donnerait son avis sur le prix de vente. Une commission médicale ou un médecin attaché à la commission centrale qui, sur le rapport de la commision d'expertise, prononcerait un jugement définitif, déclarerait si la préparation n'est point nuisible. Dans ces conditions la vente de la *spécialité* serait *autorisée*. Si, au contraire, il était reconnu que le flacon ou la capsule soumise à l'examen de la commission ne renferme que des substances inefficaces ou nuisibles, la vente n'en serait pas autorisée. En aucun cas le nom de la préparation ne pourrait indiquer, comme il arrive le plus souvent, celui d'une substance qui n'entrerait pas dans sa composition. L'autorisation de vente, qui serait garantie par l'application sur la boite contenant le produit d'une étiquette munie d'un timbre spécial (ce qui pourrait servir à la perception d'un impôt) n'entraînerait nullement l'*approbation* du remède nouveau ou de la spécialité mise en vente. Mais cette autorisation serait obligatoire, et toutes les drogues inutiles ou dangereuses qui sont si souvent mises à l'étalage des pharmaciens ne pourraient plus être fabriquées. Il serait absolument interdit, toujours en raison des prescriptions de la loi de germinal, d'indiquer sur le prospectus qui accompagne le médicament ou d'annoncer par la voie d'affiches ou de journaux les propriétés thérapeutiques de la spécialité. En d'autres termes le prospectus devrait être pharmaceutique et non médical. Les pilules, les élixirs, les vins, etc., seraient désignés soit par le nom de leur inventeur, soit par le nom de la substance active qu'ils contiennent, mais il ne pourrait être permis d'affirmer que ces pilules, ces élixirs ou ces vins guérissent infailliblement toutes les maladies ou même une seule maladie. Pour contrôler la préparation et la vente des produits pharmaceutiques autorisés, des inspections fréquentes et inopinées seraient faites dans les pharmacies. Les médicaments spéciaux seraient ainsi fréquemment analysés, et l'autorisation de vente pourrait être définivement retirée à ceux qui seraient reconnus altérés ou mal préparés.

Nous n'avons pas eu la prétention, en écrivant cet article, d'indiquer une législation nouvelle. Le procédé de contrôle que nous venons d'esquisser pourra sans doute être modifié et, s'il est nécessaire, rendu plus pratique. Il nous suffisait d'avoir essayé de démontrer qu'il y avait quelque chose à tenter pour débarrasser nos pharmacies d'un trop grand nombre de drogues absolument indignes d'y trouver place. *Mais nous avons reçu au sujet de notre premier article des communications si intéressantes et des échantillons si remarquables de ce que peuvent le charlatanisme et la mauvaise foi, que nous n'hésitons pas à affirmer qu'une bonne loi sur les spécialités pharmaceutiques devrait avant tout et surtout combattre le charlatanisme médical et les associations entre médecins et pharmaciens que nous n'aurions jamais cru si nombreuses et si difficiles à excuser. Pour arriver à lutter contre ces tristes tendances, il importe surtout de les signaler. Il faudrait qu'il fût permis de dénoncer soit à la tribune des Académies ou Sociétés savantes, soit à l'Association générale des médecins de France, les noms de ceux qui compromettent leur réputation en se livrant ainsi aux actes les plus condamnables. La Société de pharmacie ne reçoit pas les pharmaciens spécialistes, ceux qui ne font que de l'industrie et ne méritent plus le titre de pharmacien. Est-il possible d'espérer qu'un jour où l'autre un ordre du jour motivé et rendu public pourra signaler à leurs confrères ceux des médecins qui ont oublié leurs plus impérieux devoirs.* Il ne nous appartient pas de résoudre une semblable question, mais nous pouvons ajouter que, pour éviter l'abus des spécialités, il importe aujourd'hui de faire appel aux maîtres qui ont pour mission de former les nouvelles générations médicales. Le jour où, dans les examens et dans les concours publics, on attachera plus d'importance à la thérapeutique et surtout à la thérapeutique pratique, les étudiants comprendront la nécessité d'études qu'ils négligent aujourd'hui, parce qu'ils ne sont encouragés qu'à se perfectionner dans les recherches d'anatomie pathologique et de diagnostic, et qu'ils voient trop souvent leurs maîtres les plus éminents ne prescrire que des spécialités.

(*Gazette hebdomadaire*) Dr LEREBOULLET.

CHRONIQUE

HYGIÈNE — On écrit de Berlin, à la *Gazette de Cologne :*

« En présence des nombreux cas de trichinose constatés dans ces derniers temps, les autorités de cette ville ont pris des mesures très-sévères concernant l'exécution du contrôle de la viande de porc à l'aide du microscope. Ces mesures sont les suivantes : « Celui qui tue ou fait tuer un porc dans l'intention d'en vendre la viande ou de la charcuterie fabriquée avec cette viande, est tenu de faire examiner l'animal abattu par un inspecteur des viandes qui, à l'aide du microscope, s'assure de la présence ou de l'absence de trichines. La viande ne peut être découpée que sur la délivrance d'un certificat de l'inspecteur constatant qu'elle est l'exempte de trichines et après l'apposition du timbre sur le porc tué.

Les contraventions à cet arrêté sont punies de 3 à 30 marks et, en cas d'insolvabilité, de la prison. »

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 12 20 septembre 1879.

BULLETIN DE LA SEMAINE.

M. Henri Roger a donné communication à l'Académie de médecine d'une « *étude clinique sur les hémorrhagiés dans la coqueluche et sur l'hémoptysie et la pseudo-hémoptysie.* »

Cette lecture pleine d'intérêt mérite une analyse complète. L'éminent clinicien a cherché à montrer que les hémoptysies de la coqueluche, considérées comme fréquentes, sont relativement très-rares, et que le pronostic fâcheux basé sur leur existence repose la plupart du temps sur des erreurs de diagnostic. Il en est de même pour les hématémèses. Mais le travail de M. Henri Roger a un trop grand intérêt pratique pour que nous ne l'analysions pas plus complétement que dans ce bulletin.

A Amsterdam, signalons quelques discussions du Congrès international des sciences médicales. Les miasmes, les ferments, les empoisonnements par les germes microscopiques, y ont tenu une grande place. M. Lister a fait une conférence sur le *traitement aseptique* des plaies et s'est attaché à répondre aux objections soulevées contre sa méthode. Dans presque toutes les sections, accouchement, hygiène, les ferments, les bactéries, l'acide phénique ont tenu la place qu'ils tendent à absorber de plus en plus aujourd'hui.

M. Verneuil a donné lecture, en séance générale, d'un travail sur les indications et les contre-indications opératoires chez les malades atteints de maladies constitutionnelles.

Depuis longtemps déjà, M. Verneuil poursuit l'étude de ce sujet, soit par des communications personnelles aux différents congrès, soit par des travaux de ses élèves. L'ensemble de ces différents mémoires constituera un des plus beaux monuments de la chirurgie moderne. Ils ont précisément le caractère qui fait vivre les œuvres scientifiques et qui rend féconde l'observation des faits. C'est la méthode, qui guidera encore le chirurgien futur, alors même que les faits seraient reconnus faux.

Parmi les travaux de nos compatriotes, nous nous faisons un devoir de citer ceux de MM. Chervin, Daremberg, Marey et d'Arsonval.

REVUES GÉNÉRALES

I.

DU TRAITEMENT DU PSORIASIS.

Il est peu d'affections contre lesquelles on ait employé autant de médicaments que contre le psoriasis, et nous devons le dire, il s'en faut de beaucoup que le succès ait été en raison directe des efforts que l'on a tentés. Nous ne pouvons dans l'étendue d'un article passer en revue toutes les médications qui ont été essayées et nous ne nous occuperons que de celles qui ont paru avoir une certaine efficacité.

Le traitement du psoriasis n'a pas amené jusqu'ici de guérisons définitives, tôt ou tard des récidives se sont produites, et lorsqu'on parle de guérison il faut bien entendre qu'on n'a fait que blanchir le malade pour une période de temps plus ou moins longue. A peine est-on sûr que certains traitements puissent retarder le retour de l'éruption.

L'étude de ce traitement se divise naturellement en traitement local et en traitement général, le premier serait uniquement externe, et le second dépendrait de la médication interne. Il pourrait se faire cependant que certains médicaments internes n'agissent qu'en modifiant les secrétions cutanées et devenant ainsi un simple traitement topique, au lieu de modifier la diathèse comme l'ont pensé un grand nombre de médecins.

Traitement externe. — Deux choses sont ici à considérer, les susbtances dont on a enduit les plaques psoriasiques et les bains ou leurs modifications.

Soufre. — Le soufre est un des agents les plus anciennement employés contre le psoriasis. Alibert le considérait presque comme un spécifique de cette affection, il l'employait en pommade et en bains; d'autrefois il le mélangeait avec l'iode. De nos jours le soufre est encore recommandé par M. Hardy, qui dit dans quelques cas en avoir reconnu les bons effets et dans ce cas, M. Hardy le prescrit en pommade, 2, 3 ou 4 grammes, pour 30 grammes d'axonge. Mais il ne le prescrit qu'à doses faibles et à la fin de la période aiguë de la maladie; il déclare cependant et cela avec les autres dermatologistes, n'en avoir pas toujours sous cette forme retiré des résultats vraiment utiles en raison des vives irritations qu'il produit. Nous parlerons plus loin de l'action des bains sulfureux.

Dans ce qu'il appelait le psoriasis herpétique, Bazin le considérait comme nuisible.

Mercure. — Après le soufre, le mercure a été l'un des médicaments les plus anciennement employés et cela de différentes façons; soit à l'extérieur une pommade soit à l'intérieur. Nous ne nous occuperons pour le moment que de son emploi à l'extérieur.

La pommade au calomel a été longtemps employée, elle ne semble pas jouir d'une grande efficacité et ne peut être appliquée sur de grandes surfaces, car malgré l'induration de la peau l'absorption mercurielle est rapide. Gibert a employé les fumigations de cinabre et les bains de sublimé, cette médication semble aujourd'hui abandonnée.

M. Hardy a employé quelquefois le mercure à l'extérieur sous la forme d'onguent citrin, il a depuis abandonné cette médication.

M. Lailler a employé une pommade mercurielle composée de biodure de mercure et d'iodure de potassium, dans des proportions analogues à celles du sirop de Gibert; mais de l'aveu même de cet auteur, cette pommade quoique souvent efficace, ne l'est pas constamment, et lors même qu'elle donne des résultats ils sont en général moins rapides que par le traitement à l'huile de cade. Cette pommade de plus est douloureuse et donne une sensation de brûlure.

Toutes les préparations mercurielles ont encore l'inconvénient de pouvoir amener la salivation, et de produire des ulcérations.

On ne doit les employer que sur de petites surfaces et dans des cas rebelles.

En faveur de la préparation qu'il emploie, M. Lailler invoque ce fait, qu'elle est sans odeur et que les malades peuvent continuer à vaquer à leurs occupations. Cependant le traitement extérieur par les mercuriaux, n'est plus guère employé, en raison de son peu d'efficacité proportionnellement aux dangers qu'il présente.

Plomb. — Le plomb employé par Rayer, sous forme de cerat saturné, et de pommade à l'oxyde de plomb n'est plus employé et nous n'avons pu en retrouver aucun cas dans les observations publiées de nos jours dans les auteurs classiques. Alibert l'employait sous forme d'iodure de plomb.

Goudron. — La plupart des auteurs qui se sont occupés du traitement du psoriasis ont employé le goudron, soit pur, soit en pommade et M. Devergie est peut-être le seul qui le rejette.

M. Hardy emploie et conseille une pommade au goudron, composée de trente grammes d'axonge, pour trois, six ou dix grammes de goudron.

M. Lailler a souvent employé dans son service une pommade analogue, et cela avec de bons résultats.

On ne peut en général employer le traitement avec le goudron que lorsque les plaques psoriasiques ont subi une sorte de décapage, c'est-à-dire qu'on a pu en faire tomber les squames. Il faut donc, avant de l'employer, avoir atteint ce but et cela s'obtient assez facilement, soit au moyen d'une onction avec le savon noir ou le savon mou de potasse, soit au moyen de bains savonneux.

Ainsi employé le goudron donne de très-bons résultats, il présente cependant quelques inconvénients.

D'après Hébra et quelques autres dermatologistes, certaines personnes ne pourraient le supporter, il déterminerait chez elles, une véritable dermatite aiguë, et cela dès les premières applications.

Il produit au bout d'un certain temps une éruption d'acné particulière, connue sous le nom d'acné du goudron.

Enfin le goudron outre son goût prononcé, pénible pour certaines personnes, mais qui lui est commun avec les autres substances telles que l'huile de cade et l'huile de bouleau, a de plus l'inconvénient de s'attacher et de coller aux linges et de ne pouvoir être enlevé que très difficilement des surfaces malades qui en ont été enduites, même à l'aide du savon.

Savon noir. — On a fréquemment employé le savon noir en applications soit une, soit deux fois par jour. Son action amène assez rapidement la chute des squames, mais à partir de ce moment l'application devient très douloureuse et la plupart des malades ne peuvent la supporter. Hebra emploie le savon et l'alcool mais c'est aussi un mélange des plus douloureux.

On a combiné alors le savon et l'axonge, mais même sous cette forme atténuée, le savon détermine souvent de véritables dermites.

Son utilité incontestable pour faire tomber les squames, fait qu'on l'emploie presque constamment au début du traitement du psoriasis.

L'*axonge*, a été quelquefois employé seul, il fait aussi tomber les squames, mais moins rapidement que le savon ; là se limite son action.

Dans les cas où l'inflammation cutanée serait très vive, on a aussi employé la *glycérine* et le *glycérole d'amidon.*

Enfin mentionnons pour mémoire, l'emploi d'une *solution concentrée de sulfure de chaux* recommandé par Hebra.

L'*huile de cade* est sans contredit le médicament extérieur le plus universellement employé dans le traitement du psoriasis, MM. Hardy, Bazin, Lailler et Guibout, l'emploient chaque jour et cela à peu près d'une façon identique.

On peut employer l'huile de cade, soit pure, soit coupée avec de l'huile d'amandes douces ou même de l'huile ordinaire.

Bazin faisait chaque soir au malade une friction à l'huile de cade, le malade couchait dans une chemise imprégnée de cette huile, il ajoutait tous les deux ou trois jours un bain de vapeur ou un bain alcalin, plus un traitement interne qui variait suivant qu'il considérait le cas, comme une arthride ou une herpétide.

M. Guibout, fait faire deux frictions par jour.

M. Lailler débute par donner au malade un ou deux bains savonneux, puis on suspend les bains, et les malades sont maintenus pendant huit jours presque imbibés d'huile de cade. Au bout de huit jours on donnait au malade des bains émollients tout en continuant les frictions à l'huile de cade.

M. Vidal a mélangé fréquemment l'huile de cade au glycerole d'amidon.

L'huile de cade présente aussi des inconvénients; une odeur pénétrante et insupportable pour certaines personnes, elle détermine une éruption caractéristique, formée par des élevures coniques, rouges, dures, au sommet desquelles on aperçoit un point noir qui n'est autre chose qu'un follicule pileux.

En raison de l'odeur désagréable de l'huile de cade, on a employé pour la remplacer, l'*huile de bouleau* qui a l'odeur de cuir de Russie et qui agit d'une façon analogue. Mais son emploi est beaucoup plus coûteux et d'ailleurs l'odeur n'est guère plus agréable.

Si nous passons en revue les bains et leur utilité, nous trouvons en première ligne les *bains simples*, qui ne servent guère qu'à faire tomber les squames et cela beaucoup moins bien que les *bains savonneux et les bains de vapeur.*

Nous avons déjà dit que M. Lailler commençait le traitement par deux *bains savonneux*, le malade est enduit de savon noir et reste 3|4 d'heure dans un bain ou il se frotte avec le savon, c'est un moyen

commode d'amener rapidement la chute des squames.

Les bains de vapeur employés par Bazin pendant le cours du traitement cadique, tous les deux ou trois jours donnent aussi de bons résultats.

Les bains alcalins tous les deux jours semblent indiqués et utiles toutes les fois qu'il s'agit, d'après Bazin surtout, d'un arthitrique.

Les bains sulfureux, sont recommandés, à peu près par l'unanimité des auteurs, Alibert, Rayer, Cazenave, Gibert, Devergie, et Hardy.

Bazin rejetait leur emploi dans les cas d'herpetides.

Aux bains se rattachent les eaux minérales naturelles, celles qui sont sutout recommandées, sont les Eaux-Bonnes. Comment agissent ces eaux, ce n'est peut-être qu'en raison de la durée des bains qui durent six et huit heures, et de la macération cutanée qu'ils déterminent. Si nous consultons en effet la pratique d'Hebra, nous voyons qu'il enroule ses malades dans des bandelettes mouillées ; qu'il les laisse quatre heures dans des draps mouillés ; et qu'il a maintenu, dit-on, un malade dans un bain pendant plusieurs jours. Il est bien évident que dans ce cas c'est l'eau seule qui agit. Cependant M. Hardy et M. Doyon semblent croire à une action spéciale des eaux minérales.

Il nous reste à mentionner l'*enveloppement* dans les toiles de caoutchouc, qui a donné quelquefois de bons résultats. A l'intérieur du vêtement de caoutchouc se fait une abondante transpiration et les squames, forment à la surface du corps une sorte de mastic très-mou. De plus, le malade reste constamment dans une humidité tiède qui peut aussi agir sur la vitalité de la peau.

En résumant et quelquo soit le moyen employé on peut dire avec M. Guibout que le traitement externe a pour but : « *de détruire les squames et de* « *modifier la vitalité du derme qui les pro-* « *duit.* »

Le traitement interne a de son côté pour but, suivant les uns d'*agir sur la diathèse*, suivant d'autres, de *n'être qu'un adjuvant du traitement topique.*

Nous trouvons en premier lieu un nombre considérable de tisanes dont l'inutilité est à peu près démontrée, telles que la décoction de bardane, de patience, de douce amère, de fumeterre, d'orme pyramidal.

En second lieu les *purgatifs*. Employés aussi de tout temps, M Hardy, les considère encore comme utiles au début, quand à leur choix il parait à peu près indifférent.

Le mercure à l'intérieur a été fréquemment employé tantôt sous forme de biodure, mais si nous en croyons Bazin le mercure serait dans ce cas plus nuisible qu'utile.

Dans un certain nombre de cas où l'individu atteint de psoriasis était syphilitique, nous avons vu donner pendant longtemps un traitement mercuriel interne, sans qu'il se produise aucune modification favorable du côté des plaques psoriasis. Du reste le traitement mercuriel du psoriasis est aujourd'hui abandonné.

La teinture de cantharides était déjà donnée par Rayer et M. Hardy lui reconnaît une grande efficacité. Malheureusement c'est un médicament dangereux, qui, à faible dose, provoque des érections et de la cystite et dont 15 gouttes suffisent pour provoquer des hématuries et de l'albuminurie.

Le *copahu* sous forme d'opiat, à la dose de 4 à 6 grammes par jour est recommandé comme utile par M. Hardy. « Il provoque, dit-il, une fièvre « accompagnée d'erythème généralisé et quelque- « fois l'érythème modifie d'une façon très salutaire « le psoriasis. »

M. Guibout a toujours vu le psoriasis reparaître dès que la poussée erythémateuse a disparu.

Le copahu a d'ailleurs l'inconvénient d'être difficilement toléré par l'estomac.

Nous ne ferons que mentionner l'*antimoine* dont les préparations ont été plusieurs fois essayées sans succès.

Le *jaborandi* n'a donné aucun bon résultat.

L'*arsenic* semble jusqu'ici être le seul médicament réellement utile à l'intérieur. Agit-il sur la diathèse, ou bien uniquement comme topique ainsi que semble le croire Hebra ?

M. Hardy l'a donné sous différentes formes, la forme la plus employée, est la liqueur de Fowler, à la dose de 3 à 12 gouttes par jour avant les repas.

M. Guibout emploie soit une solution de 10 centigrammes d'arséniate de soude dans 500 grammes d'eau et en donne de 3 à 6 cuillerées par jour au moment du repas; soit des pilules, renfermant pour cent pilules, 10 grammes d'extrait de gentiane et 10 centigrammes d'arseniate de soude, il en fait prendre 2, puis 3, puis 4 à chaque repas.

M. Lailler donne 10 gouttes de liqueur de Fowler, en deux fois, au moment du repas, puis augmente de 2 gouttes par jour jusqu'à saturation, la moyenne de saturation est de 30 à 40 *gouttes par malade*, nous avons vu des malades en supporter 80 gouttes. La saturation est annoncée par du malaise, de la courbature, de l'inappétence, des vertiges, etc. On suspend alors, on admininistre quelques purgatifs salins, puis on reprend une nouvelle série, il semble démontré, qu'en aidant par ce traitement le traitement externe *on obtient une disparition plus rapide des plaques et l'on éloigne les récidives,* ce second point cependant est encore douteux.

En résumé, le traitement le plus usuel était l'huile de cade à l'extérieur, et l'arsenic à l'intérieur, combinés avec différents bains. Avec ce traitement, chaque poussée était guérie dans une durée moyenne de 40 jours.

En 1877, Balmanno Squire, de Londres, puis en Allemagne Hebra, Kaposi, Feumann ; à Paris, M. Vidal et en 1878, M. Besnier, employèrent à l'extérieur l'*acide chrysophanique* dans une pommade en contenant de 5 à 25 pour cent. Cette pommade était inodore, nullement douloureuse, permettait de réduire le nombre des bains; et même de s'en passer ; enfin elle abrégeait la cure du psoriasis et la limitait entre deux et quatre semaines. Malheureusement dans bon nombre de cas il provoquait des dermites, des cuissons, un prurit intense. Il tache le linge en violet indélébile, colore les cheveux en jaune, et la peau en rouge persistant longtemps, enfin il est d'un emploi fort coûteux.

En même temps, Jarisch à Vienne, puis Kaposi, à Paris, M. Vidal, M. Besnier, M. Lailler expérimentaient un nouveau traitement, l'acide pyrogallique.

L'acide pyrogallique C 6. H 6. O 3, est toxique à l'intérieur en s'emparant de l'oxygène du sang. Il est caustique à peu près comme les pâtes arsenicales.

Absorbé par la peau, il ne produit aucun phénomène d'intoxication, les produits de sa transformation passent dans l'urine et sont précipités en noir gris par le perchlorure de fer.

Deux thèses, l'une soutenue à Paris par M. le Dr A. Arragon, l'autre à Lyon par M. le Dr Bruyère le 2 août 1879, résument l'état de la question.

La pommade paraît plus efficace que les solutions, elle est formée de vaseline ou d'axonge et d'acide pyrogallique, au quart, au dixième, ou même au vingtième.

On peut commencer le traitement par des bains savonneux comme cela se faisait pour l'huile de Cade, puis on applique sur les plaques de psoriasis un morceau de toile enduit de la pommade.

Il faut éviter de mettre en présence l'acide pyrogallique et le savon sans quoi l'acide serait décomposé.

Les observations de la thèse de M. Arragon, présentent une assez grande variété de cas de psoriasis, plusieurs choses nous paraissent utiles à en déduire.

Dans un bon nombre de cas on a commencé par faire tomber les squames soit avec le bonnet de caoutchouc, soit avec le savon, et c'est ensuite que le traitement a été appliqué, et cela avec le plus grand succès.

Dans d'autres cas, l'acide pyrogallique a suffi au traitement complet, il a fait tomber les squames et a amené ensuite la guérison.

Tant que l'on n'a employé que la pommade à 10 pour cent, on n'a eu aucun accident. Avec la pommade à 25 pour cent, on en a eu dans beaucoup de cas; ils ont consisté en cuisson, erythème, phlyctènes et ulcérations superficielles.

La durée moyenne d'une cure a été de 25 jours, c'est donc un bénéfice de 15 jours sur le traitement par l'huile de cade.

Ces résultats ont été obtenus sans l'adjuvant du traitement arsenical. Mais ce traitement peut être employé concurremment.

Ils ont été obtenus sans employer les bains. Il existe sur ce point des lacunes qu'une plus longue expérience du médicament permettra de combler. Nous ne savons rien des récidives.

L'acide pyrogallique est peu coûteux et inodore, il donne à la peau une coloration brune qui s'efface au bout de peu de jours.

M. Bruyère considère l'action de l'acide pyrogallique dans toutes les maladies de peau. Nous lui empruntons ses conclusions relatives à l'acide pyrogallique.

« On peut obtenir la guérison par l'acide pyro-
« gallique en un temps qui varie de 15 jours à
« 45 jours.

« Cette médication ne met pas plus qu'une au-
« tre à l'abri des récidives.

« Il est utile avant de l'employer de décaper les
« surfaces par un bain ou par l'enveloppement.

« Il ménage mieux les forces et la santé géné-
« rale du sujet que le traitement arsenical.

« Il est inférieur comme rapidité d'action à l'acide
« chrysophanique, mais supérieur en ce qu'il ne
« provoque pas comme lui de vastes erythèmes.

« Comparé aux pommades mercurielles, il a
« l'avantage de ne pas être un agent toxique. »

II.

TRAITEMENT DES HÉMORRHOIDES.

(Suite)

Hémorrhoïdes internes. — Quelques mots sur l'anatomie pathologique sont absolument nécessaires pour bien fixer les idées sur le traitement de ces tumeurs.

Les *hémorrhoïdes internes sont des dilatations variqueuses du réseau terminal des veines hémorrhoïdales supérieures.* Ce point a été établi de la façon la plus nette par M. Verneuil.

De ce fait on peut conclure qu'elles ont pour limites supérieures le point où les troncs veineux abandonnent la muqueuse rectale.

Mais voici le point important mis en lumière par M. Verneuil et qui nous donnera l'explication de beaucoup de phénomènes inexpliqués jusqu'à ces beaux travaux. « Les veines hémorrhoïdales supérieures, d'abord situées dans le mésorectum, en dehors de l'intestin, perforent la tunique musculeuse pour arriver jusqu'à la muqueuse. Dans ce trajet, elles croisent perpendiculairement les fibres charnus, qui forment sur ce point de véritables boutonnières musculaires sans anneaux fibreux protecteurs et susceptibles par conséquent d'oblitérer momentanément les veines et de gêner la circulation en retour, d'où la congestion, la stase, la dilatation. Cette perforation, ce passage a lieu ordinairement à 10 ou 12 centimètres de l'anus, ce qui explique pourquoi les hémorrhoïdes se propagent rarement à une grande hauteur. » (Verneuil).

Le début des hémorrhoïdes passe donc la plupart du temps absolument inaperçu.

On a distingué selon la période de leur évolution. trois périodes, la *période capillaire*, la *période artérielle* et enfin la *période veineuse*, dans lesquelles l'hémorrhoïde est nettement constituée à l'état de varices.

Il n'entre pas dans notre cadre d'étudier ces trois périodes. Disons seulement que même à la première période, elles peuvent donner lieu à des hémorrhagies capables de mettre la vie du malade en danger.

Les accidents qui compliquent les hémorrhoïdes internes sont d'abord l'hémorrhagie, puis la procidence, l'étranglement et l'inflammation et la gangrène.

En présence d'un individu atteint d'hémorrhoïdes, la question de l'opportunité de l'opération se pose tout d'abord. Les hémorrhoïdes doivent-elles être opérées, ou bien doit-on se contenter d'user de moyens palliatifs ? Nous mettons de côté la question de savoir s'il est dangereux d'opérer ces tumeurs par crainte de provoquer des accidents de métastase, nous avons suffisamment insisté sur ce point à propos des hémorrhoïdes externes.

Faut-il espérer guérir les hémorrhoïdes ? Un pa-

reil résultat n'a jamais été obtenu, n'a surtout jamais été démontré anatomiquement, dit M. D. Mollière. C'est qu'il en est des hémorrhoïdes internes comme de ces varices des membres inférieurs qui récidivent dans les parties profondes alors que l'on a réussi à les oblitérer dans les couches superficielles

M. Gosselin disait : « J'entends par guérison, non pas une disparition entière et absolue des hémorrhoïdes, mais la cessation des accidents ou symptômes fonctionnels qu'elles occasionnent. Peu importe, en effet, que les tumeurs variqueuses persistent pourvu que le malade n'ait plus les hémorrhagies qui l'épuisent ou les douleurs qui le fatiguent et l'épuisent. »

Lors donc que les symptômes des hémorrhoïdes n'offriront pas de gravité, lorsque l'hémorrhagie sera légère et que l'état général du patient sera bon, l'opportunité de l'intervention sera discutable. Mais, dès que l'hémorrhagie prend des proportions inquiétantes, dès que l'anémie préexistante ou consécutive menace la vie du malade, il faut intervenir activement.

L'hémorrhagie doit être arrêtée au plus vite, et il convient de ne pas attendre que le malade devenu exsangue ne puisse plus supporter une opération quelconque.

On devra donner des purgatifs légers, sous forme d'eau minérale, en proscrivant de l'alimention tous les mets excitants, on conseillera un régime végétal : les fruits cuits, les raisins, les fraises, les dattes, le lait et le beurre.

Herpin (de Genève) conseillait comme laxatif un mélange de parties égales de soufre, de magnésie et de sucre de lait, dont on prend une cuillerée à café le matin. Comme traitement local, des injections d'eau froide et même d'eau glacée (Mollière). Si le froid ne suffit pas, on fera au besoin des injections avec une solution très-étendue de perchlorure de fer (Lannelongue) ou d'eau de Pagliari glacée, ou avec une solution de quelques grains de sulfate de zinc, poussée très lentement afin de ne pas dépasser les limites de la région où siégent les varices (Copeland). Ce n'est que dans les cas extrêmes qu'on en viendrait au tamponnement du rectum (D. Mollière). — On a indiqué comme modificateur local, le persulfate de fer (Allingham), et l'iodoforme employés en pommades ou sous forme de suppositoires, puis les infusions de ratanhia, d'écorce de chêne, etc. Il est bien entendu que le repos le plus absolu sera recommandé au malade, dans le décubitus dorsal.

On a préconisé aussi les injections sous-cutanées d'ergotine. L'action de cette substance sur les fibres lisses dont le rectum est très riche peut faire penser que son emploi est avantageux. Les éléments d'appréciation manquent pour décider cette question. On trouve dans un très intéressant travail de M. le Dr Bénard (*T. de Paris,* 1879), deux observations où les injections d'ergotine arrêtèrent des hémorrhagies répétées dues à des hémorroïdes internes.

Quand l'hémorrhoïde est procidente et qu'il n'y a pas de contracture, il faut la réduire immédiatement dès qu'elle franchit l'anus. Cette réduction peut être opérée par le malade lui-même ou par le chirurgien. Le sphincter est, en effet, dans un état de tonicité plus ou moins grand. Quand il est épais et résistant, les hémorroïdes rentrent difficilement et avec douleur ; quand, au contraire, il est relâché, le prolapsus se produit sous l'influence de la moindre cause. Voici comment Allingham conseille de procéder quand les hémorrhoïdes sont sorties et que le malade ne peut les faire rentrer lui-même ; placez le malade sur le ventre, avec trois ou quatre coussins sous le bassin de manière à élever les hanches et à permettre à l'intestin de descendre vers la poitrine ; puis enduisez les hémorrhoïdes avec un corps gras, introduisez un doigt dans l'intestin et avec l'autre main exercez une douce pression en essayant de vider les hémorroïdes de leur trop plein de sang ; cela doit être fait très doucement comme si vous pratiquiez le taxis pour une hernie. Si aucun résultat n'est obtenu, placez une vessie de glace sur la partie et laissez le malade dans la position indiquée pendant une heure ; alors, recommencez le taxis et, suivant toutes probabilités, vous ferez rentrer les hémorrhoïdes.

Quand les efforts du chirurgien ne sont pas suivis de succès, il faut opérer de suite.

Quand on est décidé à intervenir et qu'il y a nécessité de le faire à quel traitement donner la préférence? On a employé l'incision, l'extirpation, l'écrasement linéaire, la ligature, la galvano-caustie, la cautérisation, soit au fer rouge, soit au thermo-cautère, soit à l'aide de l'acide nitrique, ou encore de l'acide phénique, la *dilatation forcée du sphincter de l'anus.* C'est sur ce dernier mode de traitement que nous allons insister en suivant le travail du Dr F. Monod *(Th. de Paris, 1877)* écrit sous l'inspiration de MM. Verneuil et Fontan (de Lyon).

Nous avons vu que les veines hémorrhoïdales supérieures pénétraient dans le méso-rectum en traversant à angle droit la boutonnière de la tunique musculaire du rectum. Or ces boutonnières ont un rôle tantôt actif, tantôt passif dans cette constriction qui est la cause des hémorrhoïdes internes. Quand la tumeur a pris naissance, il se passe un fait bien étudié par MM. Verneuil et Fontan et dont la connaissance a permis d'instituer le traitement rationel des hémorrhoïdes internes par la dilatation brusque du sphincter anal. Les petites ampoules variqueuses irritent la muqueuse rectale, en déterminent la congestion et, par action reflexe, celle-ci amène la contraction des sphincters de l'anus. Cette contracture peut être violente ou légère, douloureuse ou indolente, et la douleur est en rapport avec le degré de la contracture. Sous l'influence de cette contracture, les hémorrhoïdes s'accroissent et la série des accidents dont la procidence est le premier terme ne tarde pas à se montrer.

C'est en raison de cette étiologie que M. Verneuil employait déjà depuis quelques années ce mode de traitement. Le travail de M. Fontan lui a donné l'occasion de faire connaître ses résultats. Une discussion importante eut lieu à la Société de Chirurgie à cette occasion et il est ressortit de tous ces faits que la dilatation forcée des sphincters de l'anus constitue le moyen de traitement le plus général des hémorrhoïdes. Jusqu'ici, comme le fait remarquer le Dr F. Monod, tous les procédés opératoires s'adressaient aux tumeurs hémorrhoïdales elles-mêmes, soit pour les détruire, soit pour y obtenir une oblitération sanguine. N'est-ce point satisfaire à une indication plus urgente que de combattre l'obstacle mécanique qui les tient sous sa dépendance.

Procédé opératoire. — La dilatation peut se faire soit brusquement, soit lentement et avec douceur.

Dans ce dernier cas la distension peut être faite, soit avec les doigts, soit avec un instrument.

Comme précautions préliminaires : on vide le rectum par deux lavements, comme pour toutes les opérations faites sur la région et on soumet le malade à l'anesthésie. On sait, en effet, combien souvent les tumeurs hémorrhoïdaires sont douloureuses.

Pour la *dilatation digitale,* on se sert également des pouces et des index. Les deux doigts, préalablement cératés sont successivement introduits avec précaution dans le rectum, de façon à ce que leurs faces palmaires regardent les parties antérieure et

postérieure de l'ouverture anale, tandis que leurs faces dorsales sont fortement appliquées l'une contre l'autre. Dans un second temps, le chirurgien écarte *doucement* et *progressivement* les doigts, les recourbant en crochet pour maintenir le sphincter et l'empêcher d'échapper. Il allonge peu à peu les fibres sphinctériennes jusqu'à ce qu'il constate qu'elles n'accompagnent plus les doigts ramenés vers le centre du rectum, et maintient un instant l'élongation ultime. Après avoir recommencé, à plusieurs reprises, l'extension suivant le diamètre coccy-pubien, il répète exactement la même manœuvre pour le diamètre bi-ischiatique, puis pour les diamètres intermédiaires, et la prolonge durant trois ou quatre minutes jusqu'à ce qu'il ait la certitude que la contracture a définitivement cédé. Le sphincter donne alors une sensation spéciale de souplesse, comparable à celle que l'on éprouve en étendant les élastiques d'une bretelle, et à laquelle il est impossible de se tromper.

Quant aux limites jusqu'auxquelles il convient de porter cette dilatation, question vivement controversée à la Société de chirurgie (mai 1849), elles ne peuvent être fixées mathématiquement : c'est précisément à cette sensation de résistance vaincue qu'on s'arrêtera ; et, en général, pour l'obtenir il faut que la pulpe des doigts arrive au contact des plans osseux qui limitent le diamètre transverse.

Au lieu des doigts M. Verneuil se sert du *speculum uteri*. Il introduit d'abord un speculum de Ricord, armé de son embout, à une profondeur de 6 ou 7 centimètres, puis le retire lentement, en tenant ses valves fortement écartées, et lui imprimant de petits mouvements de latéralité, sorte de massage alternatif des parois du sphincter. Pour peu que la contracture soit prononcée, il introduit ensuite un second instrument de plus gros calibre, le *speculum à développement* dont on se sert d'ordinaire pour l'ablation des polypes. Celui-ci agit à la façon d'un cylindre, en augmentant uniformément de volume sur toute sa hauteur, et non plus par le système de bascule propre au speculum bivalve, qui représente un cône à sommet inférieur. Pendant cette manœuvre, on peut exercer une pression avec l'index glissé derrière le spéculum, sur la commissure postérieure de l'anus. Enfin, après avoir retiré le second instrument, M. Verneuil termine par l'introduction des pouces, pour s'assurer que la contracture est parfaitement vaincue ; l'opération entière dure 3 minutes au plus. Ajoutons que M. Verneuil n'attache pas une importance capitale à l'emploi du speculum à développement ; il est persuadé qu'on peut obtenir une dilatation suffisante avec le spéculum ordinaire, si on l'a seul à sa disposition, à la condition de prolonger de quelques instants l'écartement des valves.

Comme pansement, on se borne à appliquer sur l'anus une compresse d'eau fraîche, que l'on renouvelle fréquemment. Il y a à peine issue de quelques gouttes de sang et rarement les douleurs se prolongent au delà de trois ou quatre heures. Elles ne sont d'ailleurs pas constantes.

Opération d'une extrême simplicité et de très courte durée, ne nécessitant aucun appareil instrumental, ou tout au plus un speculum bivalve ; suites toujours bénignes ; voilà d'incontestables avantages offerts par la dilatation forcée et de sérieux motifs pour lui accorder la préférence. (Monod.)

Dans 27 observations dues à MM. Boinet, Fontan, Gillette, Halmagrand, Ch. Monod, Panas, Polaillon, M. Sée et Verneuil, on voit les accidents multiples des hémorrhoïdes supprimées après ce mode de traitement. Chez quelques malades, il persiste parfois une légère procidence au moment de la défécation, mais qui s'est atténuée par la suite.

Comme adjuvant du traitement, M. Verneuil recommande l'hydrothérapie. On donnera la douche en jet, portant sur tout le corps et principalement sur les régions lombaires, hépatiques et spléniques, en commençant par les pieds. Au début, sa durée ne dépassera pas 20 secondes ; on augmentera progressivement jusqu'à une minute. M. Verneuil recommande l'hydrothérapie, non-seulement comme un agent reconstituant, mais encore dans les cas où les hémorrhoïdes coïncident avec une hypertrophie du foie.

La dilatation forcée est-elle applicable à tous les cas ? Il est bien peu d'exceptions. Cependant, lorsque les tumeurs sont anciennes, multiples, volumineuses, constamment procidentes, la dilatation n'aura pas d'utilité et peut même être nuisible, en raison du prolapsus considérable de la muqueuse et du relâchement du sphincter. Il est préférable alors de s'adresser à la galvano-caustie, qui a donné à M. Verneuil un grand nombre de succès.

Quand, d'autre part, l'inflammation des hémorrhoïdes s'est montrée, il serait imprudent de tenter la dilatation, d'autant plus que souvent on a observé des cas de guérison spontanés.

Quand on a recours à la *galvano-caustie*, on devra observer le manuel opératoire indiqué par M. Verneuil : L'opérateur s'emparant d'un cautère galvanique porté à un beau rouge, en applique la pointe sur la tumeur et l'introduit lentement et progressivement à une profondeur variable de dix à quinze millimètres. Lorsque la pointe du feu se trouve ainsi dans l'intérieur de la tumeur hémorrhoïdale, il lui imprime un mouvement de circumduction, la laisse en place quelques secondes, puis la retire. Il répète les mêmes manœuvres avec les mêmes précautions et la même lenteur pour toutes les bosselures. Quand les tumeurs sont étendues, mal limitées, accompagnées d'une tuméfaction considérable de la muqueuse, les pointes incandescentes doivent être enfoncées obliquement dans les tissus, et parallèlement aux parois rectales, afin de ne pas les perforer. Ce mode opératoire a les avantages suivants : en première ligne, il est peu douloureux, ce qui rend l'anesthésie inutile dans bien des cas ; en second lieu, il met à l'abri de l'hémorrhagie primitive ; enfin, il n'expose pas aux rétrécissements consécutifs.

Toutes les fois qu'il sera possible, on doit donc conseiller d'avoir recours à la dilatation forcée du sphincter, qui offre cet immense avantage de soulager immédiatement le malade, d'arrêter les hémorrhagies qui menaçaient son existence, et cela sans donner lieu, par le fait de l'opération, à une nouvelle perte de sang. Il n'en est pas de même avec les autres méthodes. Il se produit quelquefois des hémorrhagies primitives et secondaires plus ou moins abondantes, et cette considération suffit à contre-indiquer toute opération, autre que la dilatation forcée ou le galvano-cautère, car on se trouve parfois en présence de malades absolument cachectiques chez lesquels la moindre perte de sang peut être mortelle.

Nous signalerons, en terminant, une méthode nouvelle de traitement des hémorrhoïdes qui nous est signalée par les journaux américains. Elle consiste dans l'emploi de l'acide phénique en injection. C'est un médecin, du nom de Mitchell qui, en 1871, commença à injecter dans le tissu de l'hémorroïde, à l'aide d'une seringue de Pravaz, un mélange de parties égales d'huile d'olives et d'acide phénique. Plus récemment, le docteur Andrews soumit cette méthode à une analyse sérieuse, et provoqua une

sorte d'enquête sur les résultats de cette méthode. Trois cents médecins environ donnèrent des renseignements. A l'huile d'olives, on substitua la glycérine, quelques-uns se servirent de créosote, d'autres ajoutèrent des calmants, tels que la morphine, le chloral, l'iodoforme. L'opération se fait de la façon suivante : on plonge l'aiguille d'une seringue de Pravaz pleine du liquide phéniqué dans une des hémorrhoïdes, puis on injecte doucement quelques gouttes. On laisse l'aiguille en place quelques instants, pour que le liquide ne coule pas sur l'anus. L'hémorrhoïde blanchit d'abord, puis, dans les cas heureux, s'atrophie, sans gangrène ni suppuration. On injecte seulement une hémorrhoïde à la fois et on met un intervalle d'une semaine entre chaque opération. La douleur paraît avoir été assez vive dans quelques cas; cependant, la majorité des opérés sont arrivés à la guérison sans interrompre leurs affaires. Sur les trois mille trois cent quatre cas réunis dans l'enquête du docteur Andrews, on a seulement rapporté neuf cas de mort. Le docteur Weirs a substitué à la solution habituelle une solution au dixième, afin d'atténuer les douleurs. A la base de l hémorrhoïde, on a conseillé de placer une pince plate afin de prévenir une embolie *théoriquement* possible.

Ce mode de traitement est trop nouveau pour pouvoir être apprécié et comparé aux autres méthodes, et nous ne l'avons rapporté ici qu'en raison de sa nouveauté. Dr P...

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations cliniques a propos d'un cas d'ostéo-périostite chez un adolescent

Dans l'étude du système osseux si l'anatomie est à peu près fixée, la physiologie presque arrivée au but, la pathologie par contre est encore toute semée d'inconnues. On l'a bien vu récemment, à propos de l'ostéo-myélite, dans les discussions de l'académie de médecine et de la Société de chirurgie, discussions savantes mais confuses pendant lesquelles d'illustres interlocuteurs n'ont pu parvenir ni à tracer, d'une façon didactique, le tableau général de l'affection, ni à préciser, chose si utile, les variétés cliniques principales, ni à déduire de fortes conclusions thérapeutiques. Il faut donc se remettre à l'œuvre, surtout prendre des observations, et trouver le fil caché qui, à travers tous ces matériaux épars et presque stériles, peut conduire à une unité harmonieuse et classique. Cet effort sera long très certainement si on en juge par le chemin parcouru depuis 40 ans.

En 1838, Morven Smith publie son mémoire qu'on dirait, sauf les termes et les détails, écrit d'hier. Ce mémoire est basé sur quatre observations recueillies chez des adolescents atteints de suppuration aiguë du tibia, avec un cortége formidable de symptômes généraux. Ces quatre malades furent sauvés par l'incision du périoste et la trépanation. Et ce traitement héroïque n'est pas donné comme une nouveauté ; en effet, l'auteur américain affirme que son père l'appliquait depuis longtemps dans sa propre clientèle avec le plus grand succès. Morven Smith indique la cause la plus habituelle de ces sortes d'abcès : un ou plusieurs refroidissements des membres inférieurs. Il dit que le pus est rencontré simultanément sous le périoste, dans l'os et dans la moelle. Aussi le traitement se déduit mathématiquement : incision du périoste ; si le malade n'est pas soulagé, trépanation ; si une première couronne ne fournit pas de pus en appliquer une deuxième, etc.

Si ce mémoire avait occupé dans la science la place qu'il mérite, si on avait aussi attaché plus d'importance aux travaux remarquables de Chassaignac, il est clair que la question serait moins neuve et l'on n'aurait pas vu un chirurgien aussi éminent que M. Lannelongue, perdre dix malades sur dix avant de recourir à un traitement si ancien et si efficace.

Mais l'ostéo-myélite suppurée des adolescents n'est qu'une variété, la mieux étudiée et la plus importante, il est vrai, de l'ostéo-myélite en général. Et encore, dans cette variété il y a des variétés qu'il faudrait bien connaître. L'observation suivante montrera une de ces nuances ; l'intérêt principal du cas réside en ceci : avec l'expectation seule, *que je suis loin de recommander*, le sujet a échappé à la mort en dépit des phénomènes les plus graves. Chemin faisant nous tâcherons de dire pourquoi.

Le 24 octobre 1878, j'étais mandé au village de M..., pour un garçon de 14 ans indisposé depuis deux jours. Après avoir accusé du malaise général, de la céphalalgie, des vomissements, il tomba la nuit du 23 au 24 dans une fièvre violente avec chaleur, congestion de la face, soif, agitation et délire. Le matin je ne trouve plus qu'une quasi-défervescence ; à défaut de toute localisation saisissable : j'incline vers l'idée d'une syncope simple ou angiotonique : purgatif et potion calmante.

Ce malade allait beaucoup mieux quand le 1er novembre, six jours plus tard sans cause nouvelle et tout à coup le membre abdominal droit est frappé d'impuissance par une *douleur* aiguë située au creux poplité ; *douleur* accompagnée de tuméfaction molle, diffuse, homogène et non colorée; *douleur* enfin non modifiée par la pression superficielle, mais nettement exaspérée par la pression de l'extrémité inférieure du femur, excepté toutefois en avant. Deux autres petits foyers de sensibilité, l'un au pli de l'aine, l'autre à l'extrémité inférieure du tibia (au bas du mollet), tous deux sans gonflement et de nature sympathique probable, s'exacerbent très-notablement par la pression profonde. Sans l'intégrité des articulations correspondantes, ces irradiations nerveuses pourraient porter la pensée vers un rhumatisme (Marjolin). On pourrait songer aussi à une adénite, sous l'aponévrose, car la phlegmasie sévit surtout dans le triangle fémoral du losange poplité, endroit précis où quatre à cinq ganglions sont signalés par les anatomistes ; mais le siége osseux de la douleur l'absence de lymphangite, la non circonscription de l'enflure, la marche présente et ultérieure des accidents firent rejeter cette hypothèse. Des considérations analogues mirent à néant l'idée d'un phlegmon dérivé de l'inflammation d'une des bourses synoviales annexées aux nombreux tendons réfléchis aux limites de la région. Restait l'ostéo-périostiste épiphysaire indiquée fortement par la physionomie expressive de la lésion. J'ajoute que ce malade, évidemment lymphatique, a beaucoup grandi pendant l'année et que, pêcheur infatigable, il a fait de longues stations dans la rivière ; il présentait donc réunies les conditions pathogéniques d'âge, de tempérament, de croissance et de refroidissement presque toujours requises par les auteurs.

Le 10 novembre : apparente amélioration dans l'état local. La douleur et le gonflement, abandonnant le creux poplyté, se sont concentrés sur le condyle externe — persistance des douleurs inguinale et tibiale, fièvre modérée, inappétence, soif, peu de prostration. — Ce jour-là, dérouté par cet aspect singulier du processus, je me mets à douter de

mon diagnostic au profit d'une manifestation rhumatismale. Ce temps d'arrêt ne saurait être attribué au traitement qui fut trèe-eimple : émollients, onctions belladonnées, opium le eoir, etc.

Le lendemain, changement à vue : un œdème inflammatoire énorme a envahi le membre tout entier, les douleurs sont atrocee, la fièvre ardente, tous les mouvements impossibles. Cette foie, l'osteo-périostite phlegmoneuse est patente et indiscutable.

Traitement : onguent napolitain belladoné toutes lee quatre heures. Cataplasmes laudanisés.

Le 14 : l'état général est mauvais, typhoïde ; prostration, vomissements, diarrhée, rèvaseeriee, dépérissement rapide. Localement, c'est toujours au condyle externe qu'on trouve le maximum phlegmasique, mais le creux poplité est repris de nouveau.

Le 19, c'est-à-dire huit jours après la constitution définitive de la maladie : même état local, plus une sensation de fluctuation profonde à la hauteur du condyle. La jambe est demi fléchie, sans mouvements actifs ou communiqués possibles. Persistance de l'état typhoïde; en outre, frissons répétée plusieurs foie par jour; insomnie absolue. La rapidité de son amaigrissement est effrayante. Craignant la propagation de l'inflammation aux cartillages d'encroûtement et la perforation de l'article encore intact, je pratique une incieion au niveau de la gaîne du biceps et en avant. L'aponévrose coupée, j'introduis le doigt, puis un stylet, mais je ne trouve rien. Je n'ose poursuivre plus avant. Un sang très-noir s'écoule par l'incision.

Le 24 : je remarque avec étonnement une détente complète dans la région condylienne ; la douleur et la tuméfaction se sont très amendées et pourtant mon incieion est cicatrisée eans avoir suppuré le moins du monde. J'avais donc par le débridement de l'aponévrose levé comme une espèce d'étranglement.

Si le condyle est dégagé, le jarret est au contraire plus malade et la peau en est soulevée par une saillie rosée mais non fluctuante. L'état général est peut-être meilleur malgré l'émaciation progressive, les frissone, l'inappétence complète et lee exacerbations nocturnes. Les troubles digestifs traités par le bismuth eont tenue en respect ; d'autre part l'œdème général du membre a un peu diminué et nulle part on ne constate ces dilatations variqueuses superficielles, signe de pyohémie déclarée (Lannelongue). Enfin le délire, indice d'une mort inévitable d'après M. Després, a presque cessé.

Je propoee une incision eur la tumeur poplitée (1) ; elle est refusée ou plutôt remise au surlendemain. Mais le surlendemain il vient un contre-ordre et je ne reçois des nouvelles que le 8 décembre. On me raconta alors que le 4 décembre, c. a. d. 40 jours après le début des accidente et 24 joure après l'établissement incontestable de l'ostéo-periostite, l'abcès s'était ouvert epontanément au milieu du creux du jarret; par cette ouverture s'écoula une telle quantité de pus quelle fut évaluée à un litre par jour, pendant quatre jours, chiffre eane doute exagéré bien que dans ces cae la suppuration soit presque toujoure des plus copieuses. Ce pus d'abord teinté de sang devint promptement jaunâtre, puis dix jours après séreux et peu abondant; il resta toujours inodore. Je ne puis dire s'il contenait les gouttelettes huileuses indiquée par Chassaignac, symptôme contesté du reste. Presque aussitôt disparurent l'engorgement du membre, l'impuissance motrice, la fièvre, l'insomnie et les troubles digestifs.

L'onguent napolitain belladoné employé larga manu, dès le 19 novembre a procuré, au dire du malade, un soulagement notable. Le 16 février 1879, deux mois plus tard, ce jeune homme fait à pied une course de deux kilomètres pour venir me voir. La plaie, aprèe un mois de suppuration, est aujourd'hui fermée par une cicatrice peu adhérente, peu déprimée, située au milieu du triangle supérieur du creux poplité. Le genou est indolent mais plus arrondi, plus volumineux que le gauche, observation facile, vue l'atrophie marquée de tous les musclee du membre. Et, choee plus inquiétante, l'amplitude des mouvements est très-réduite ; pendant la flexion et l'extension, très-incomplètes, on perçoit des CRAQUEMENTS, SEMI-ANKYLOSE ET CLAUDICATION. Il y a donc eu retentissement inflammatoire dans l'articulation et cela, vu le siége de la lésion, par la partie postérieure de la rainure intercondylienne, au niveau de l'insertion des ligamente croisée, partie privée de cartilage d'encroûtement et, d'après M. Richet, la plus accessible de la jointure. Cette lésion secondaire du genou caractérisée par les altérations fonctionnelles et l'hyperostose de l'epiphyse démontre qu'il s'agissait non d'une périostite isolée, externe ou interne, mais bien d'une ostéo-périostite.

17 août 1879, c'est-à-dire 7 mois après la guérison des accidents aigus ; la tuméfaction du genou a disparu, sauf au condyle externe ; la flexion et l'extension sont presque normales, sans douleurs ni craquements, mais il y a un peu de mobilité latérale, de laxité des ligaments latéraux et une mobilité exagérée de la rotule. L'atrophie-musculaire est beaucoup moindre, les forces presque revenues, la claudication à peine seneible, l'état général excellent. La pression, les marches et les fatigues parfaitement supportées. La cicatrice est déprimée, adhérente profondément et, conséquence probable, la veine saphène externe est devenue variqueuse.

Parmi les questions suscitées par cette observation, voici les plus directes :

1° Pourquoi intituler le fait ostéo-périostite?

2° Pourquoi ostéo-périostite chez un adolescent et non pas ostéo-périostite des adolescents ?

3° Chez notre malade le début irrégulier et insidieux peut-il jeter quelque lumière sur la NATURE de l'ostéo-myelite grave considérée en général ?

4° Pourquoi une terminaison relativemnt favorable malgré l'expectation ?

Quel aurait dû être le traitement rationnel ?

5° Le malade est-il réellement guéri ?

1° Pourquoi intituler le fait ostéo-périostite ?

Puisque les éléments de la moelle baignent l'os de toutes parts (Ranvier), puisqu'on les rencontre dans la couche profonde du périoste, dans les canaux de Havers, dans les cellules aréolaires du tissu spongieux, enfin dans le canal central, le mot ostéite est désormais adhérent à l'idée d'inflammation de l'os tout entier, moelle comprise ; ce mot devient donc synonyme d'ostéo-myelite ; on pourrait même dire de myelite en se piquant d'exactitude, car c'est dans le tissu médullaire que se passent les phénomènes essentiels du processus, les modifications de la substance compacte n'étant que secondaires ; tant de finesse dans la terminologie est superflue et, pour chasser toute obscurité, il suffit d'agrandir le sens du mot ostéite, puisque l'anatomie l'ordonne, en restituant le terme myelite à son ancienne affectation, à savoir : l'inflammation de la moelle centrale. D'autant plus que cette dernière lésion peut exister à l'état isolé aussi bien que la périostite : dans une leçon du mois de juin 1879, à laquelle j'assistais, le professeur Richet a montré un tibia atteint de suppuration médullaire sans ostéo-périostite, tibia provenant d'un sujet emporté par des périostistes multiples ; on objectera que si le

(1) Si j'avais pu exécuter mon projet, j'aurais porté le bistouri, non sur la ligne médiane point culminant de la tuméfaction, maie, pour éviter la veine saphène externe, eur les côtés. Il faut alors eectionner l'aponévroee sur la sonde cannelée pour ménager les nerfs.

Généralemnt dans l'ostéite épiphysaire tibiale du fémur on doit inciser en avant, sur le vaste externe, en dehors du droit antérieur ; les fibres mueculaires seront divisées en travere afin que leur rétraction facilite l'oblitération dee artères trèe nombreuses à ce niveau.

sujet avait survécu quelque temps le mal n'aurait pas tardé à envahir tout l'os ; sans doute, mais encore est-il juste d'appeler d'abord cela une myelite. De cette discussion je puis donc conclure, en général, et dans l'espèce, que toute suppuration limitée d'épiphyse doit être appelée *ostéo-périostile*.

2o Pourquoi ostéo-périostite chez un adolescent et non pas ostéo-périostile des adolescents ?

Parce que cette affection s'observe à tous les âges ; les adolescents (12 à 21 ans) constituent son domaine préféré mais non exclusif. Pourtant une variété leur appartient en propre, quoique rencontrée aussi de temps en temps chez des enfants plus jeunes : c'est celle où le foyer inflammatoire prend sa source dans ce qu'on appelle la membrane intermédiaire à la diaphyse et à l'épiphyse, OSTÉITE DIA-ÉPIPHYSAIRE ; variété si grave qu'elle amène le détachement de l'épiphyse et le décollement du périoste dans une grande étendue, l'invasion rapide du canal médullaire et de l'articulation, les fusées musculaires, les phlébites purulentes, son état ataxo-adynimique, etc. Au fémur en particulier cette variété a bien vite disséqué une grande surface du périoste, car celui-ci n'est très adhérent qu'au niveau des extrémités et de la ligne âpre ; du périoste la suppuration se diffuse aisément vers le haut par l'interstice du biceps et du demi-membraneux, vers le bas dans l'épaisseur de la jambe par l'arcade du soléaire. Le tibia et l'humérus partagent avec le fémur le triste privilége de fournir un siége de prédilection à cette forme redoutable nommée par quelques-uns le typhus des membres.

Chez les adolescents on rencontre beaucoup d'autres variétés d'ostéo-périostites et périostites : l'ostéo-périostite épiphysaire circonscrite comme chez notre malade, l'ostéo-périostite des os courts, des os larges, *enfin la périostite externe*. Dans celle-ci, décrite par Duplay (Congrès de Genéve), le périoste est épaissi, l'os intact ; du reste même pathogénie, même os privilégiés, mêmes syptômes que dans l'ostéo-périostite aiguë ; différence essentielle : guérison invariable après une suppuration plus ou moins longue chez les adolescents, voilà donc UNE PREMIÈRE CLASSE d'inflammations osseuses, aiguës, suppurées, avec les variétés suivantes énumérées par ordre de gravité croissante : périostite externe, ostéo-périostite localisée (épiphyses, diaphysés, os larges, os courts) ostéo-périostite diffuse (dia-épyphysaire ou autre).

Dans une 2e CLASSE il faut ranger les variétés non suppurées telles que : 1o les simples gonflements douloureux disparaissant sans traitement ; 2o les ostéo-périostites sub-aiguës avec douleur et hypérostose, non terminées par suppuration et guéries par le repos et la compression (Gosselin).

3o Chez notre malade le début irrégulier et insidieux peut-il jeter quelque lumiére sur la nature de l'ostéo-myélite grave considérée en général ?

Une PHLEGMASIE franche est rarement précédée d'une période prodromale de six jours avant toute localisation ; mais ce n'est là, dans la condition présente, qu'une faible présomption en faveur d'une *dyscrasie* surtout quand on voit s'évanouir, pour ainsi dire, tout l'appareil terrifiant des symptômes après la seule évacuation du pus.

La nature de l'ostéo-périostite diffuse a d'ailleurs été l'objet d'une foule d'hypothèses et la clarté est loin d'être faite. Pour beaucoup, c'est une maladie primitivement générale liée à une cause interne, humorale. T. Bœckel qui est de cet avis, à la suite de Schutzenberger et de l'école de Strasbourg, fait surtout témoigner, en faveur de son opinion, le fait de la production comme foudroyante des collections de pus qui apparaissent souvent au bout de quatre heures et toujours avant la fin de la quatrième journée ; il invoque aussi la plus grande fréquence de l'affection chez les jeunes alsaciens ce qui ferait songer à son influence cosmique. Holmes plus explicite affirme que la pyohémie précéde la localisation osseuse, opinion révocable dés à présent car quand on meurt ce n'est pas toujours de pyohémie. témoin le garçon déjà cité du service de M. Richet chez lequel la mort fut le résultat de l'épuisement par des suppurations osseuses multipliées. Ce dernier professeur défend l'hypothèse *d'une fièvre de croissance* suppurée ; mais qu'entend-on par fièvre de croissance ? M. G. Sée dit que cette fiévre de croissance et les douleurs qui l'accompagnent sont une manifestation du rhumatisme. Et ceci nous amène à la doctrine de ceux qui croient l'ostéo-myélite une dépendance rhumatismale, doctrine encore moins plausible que les autres, le rhumatisme n'étant pas si coutumier de suppuration que cela. On pourrait donner pour commencement de preuve un beau cas rapporté par le Dr Roberdeau (mai 1878, un recueil méd. et chirurg. militaires) : il s'agit d'un officier qui, en plein rhumatisme articulaire aigu franchement caractérisé, fut tué en quelques heures par une ostéo-périostite phlegmoneuse diffuse du tibia vérifiée à l'autopsie. Mais c'est là un exemple exceptionnel.

L'étude de l'étiologie n'éclaire pas davantage ce chapitre si obscur ; on ne trouve aucune cause efficiente mais simplement des faits et des modalités de prédisposition. On sait, entre autre, que l'affection attaque plus souvent les épiphyses supérieures du tibia et inférieures du fémur et on signale l'influence physiologique puisque ces deux épiphyses sont celles qui s'allongent le plus et le plus longtemps parmi toutes les épiphyses, enfin on ajoute que, dans cet état d'activité nutritive, le surmenage, les refroidissements, les contusions suffisent à faire éclater le mal. Mais ces causes ne sont que des occasions. Le surmenage et les refroidissements ont une action sûre et décisive. Quant aux contusions ne les mettons pas au même rang car les os, c'est notoire, supportent très bien les traumatismes. Est-ce que les fractures, les décollements épiphysaires, les redressements brusques des épiphyses par la méthode de Delord, les blessures à découvert comme dans les expériences de Nélaton et ceux plus récentes de Colin, aménent facilement la suppuration ?

En résumé, pour que l'ostéo-myolite, diffuse grave, dite aussi typhus des membres, se développe, il faut des conditions sématiques, hygiéniques et cosmiques mal déterminées ; l'état de croissance, les fatigues, le froid humide y prédisposent les adolescents, mais chez l'adulte la pathogénie est encore tout entière à fixer.

4. POURQUOI UNE TERMINAISON RELATIVEMENT FA-

vorable malgré l'expectation ? L'ostéo-périostite diffuse avec typhoïdisme est presque toujours fatale à moins d'intervention rapide. Et encore ne peut-on rien obtenir dans les cas dits foudroyants. Ici nous avons bien une ostéo-périostite typhoïde, *mais circonscrite, mais d'allure un peu lente;* de là le salut.

L'inflammation s'est épuisée sur l'épiphyse anatomique proprement dite (l'épiphyse chirurgicale s'étend jusqu'à la hauteur du canal médullaire).

J'ignore pourquoi, car dire c'est grâce à la lenteur du processus ou grâce à la disposition du périoste très adhérent à ce niveau n'est que reculer la difficulté. Nous avons échappé à la nécrose d'abord parce qu'elle est rare aux épiphyses anatomiques (richesse vasculaire) ; ensuite parce que la lésion n'occupait qu'une partie de la circonférence de l'os, la face postérieure et le cindyle externe ; enfin parce que l'ostéite ne s'est pas compliquée de cette infiltration fibrineuse qui, obturant tous les vaisseaux, produit la mort d'un os comme d'un tissu quelconque par le même mécanisme (Roser); infiltration qui d'après le même auteur rend d'emblée inutile toute incision et toute trépanation. Cette dernière explication est bien adaptée à la nécrose du panaris osseux. Au niveau des diaphyses la nécrose à un autre origine : le décollement du périoste et la fonte purulente de la moelle centrale.

Malgré l'expectation, nous avons évité la mort et la nécrose, mais l'articulation a été envahie; nous avons dit comment et avec quelles conséquences. Cet envahissement des articulations n'est pas le seul accident de voisinage dans l'ostéo-périostite suppurée. Ainsi lorsqu'un os concourt à former la paroi d'une cavité importante un ou plusieurs abus peuvent se développer dans cette cavité indépendamment de toute pyohémie ; citons : pour les côtes, les abcès de la plèvre et ceux plus rares du poumon ; pour l'os coxal les abcès de la fosse iliaque; pour les os crâniens et spécialement l'apophyse mastoïde les abcès des méninges et du cerveau. Remarquons que ce n'est pas toujours un abcès à distance, *abcès circonvoisin,* mais souvent un abcès sous l'autre face de l'os par exemple sous la dure mère, sous la face pectorale de l'omoplate, etc.

5. Quel aurait du etre le traitement rationnel ? Avec un malade docile et couché à l'hôpital, aucune hésitation n'aurait été permise. Il aurait fallu agir : incision du périoste, trépanation au besoin ; l'incision par la méthode d'Alphonse Guérin, c'est-à-dire avec un fort bistouri, capable d'entamer les cellules du tissu spongieux aurait probablement suffi. Par cette intervention on aurait à coup sur abrégé les souffrances, sauvé l'articulation, amoindri les chances de récidive. Désormais les indications formulées par Morven Smith seront admises sans conteste, en particulier pour la trépanation, opération peu grave et si souvent héroïque. Réhabilitée à la région crânienne depuis plusieurs années la trépanation sera plus souvent encore appliquée aux membres où d'ailleurs elle a moins de gravité.

6. Ce malade est-il réellement guéri ? — Tant qu'il existe de l'hypérostose de la douleur, de la chaleur locale constatée au thermomètre, en un mot une surexcitation nutritive, la guérison n'est pas complète. Le mal sommeille prêt à se réveiller au moindre prétexte, fatigues, contusions, refroidissements, maladies générales.

Notons en passant que celles-ci ont parfois présidé à la première manifestation ainsi dans les fièvres continues ou éruptives, et dit-on, le rhumatisme. Le tempérament lymphatique facilite à son tour ces répétitions. Avec ces données il est aisé de concevoir que pour notre malade nous ne soyons pas absolument tranquilles. Cependant la situation s'améliore tous les jours; de plus le fémur mésuré avec soin, n'accuse aucun allongement pathologique, renseignement utile, puisque souvent ces os longs atteints d'irritation chronique epiphysaire deviennent asymétrique, par croissance exagérée (Ollier et autres). La forme récidivante, avec des accalmies d'une durée très variable, peut durer autant que l'individu. En ce moment je donne des soins à une dame, âgée de 30 ans, souffrant d'ostéite chronique suppurée de l'extrémité supérieure du tibia avec participation du genou. Cette ostéite s'est déclarée à 13 ans, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde; quelques mois après guérison apparente, sauf une hypérastose légérement douloureuse de temps en temps et cela jusqu'à 40 ans ; à ce moment la ménopause s'étant faite brusquement sous le coup d'une éruction violente ; l'ostéite reparut à l'état aigu et elle persiste depuis dix ans de rémission en exacerbations et *vice-versâ.* Cette dame est rhumatisante avec un tempérament lymphatique. Dans ces sortes de cas, la menace constante d'un retour offensif s'explique très bien par l'anatomie pathologique.

En effet, à la suite d'une première attaque, il resterait dans l'os mal guéri de petites collections d'une substance d'aspect et de consistance rappelant le mastic, substance composée des éléments globulaires du pus, dont la partie séreuse est résorbée. On devine sans peine, l'action de ces corps pour ainsi dire être étrangers. Mais cette explication ingénieuse, quoique matérielle, n'embrasse pas tous les faits; le cas suivant lui échappe évidemment: j'ai sous les yeux une fil e de quinze ans, atteinte d'ostéite suppurée de la diaphyse fémurale circonscrite à la face interne; or à l'âge de 13 ans; elle avait déjà subi une ostéite de la même diaphyse, mais à la face externe et à plusieurs centimètres au-dessus. Terminons par une remarque générale Dans les récidives, les symptômes vont presque toujours s'atténuant malgré la gravité croissante des désordres locaux.

Dr E. Bozonet,
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les spécialités.

La lettre de M. Besnier et les articles de M. Lereboullet que nous avons reproduits, expriment notre manière de voir au sujet des spécialités.

Mais nous n'acceptons pas toutes les conclusions de M. Lereboullet. Nous retenons celles qui ont trait à l'interdiction de vente des produits nuisibles, et à l'interdiction édictée par la loi de germinal de

toute indication des vertus thérapeutiques des produits, sur leurs étiquettes et leurs prospectus, vertus dont le propriétaire du produit et le malade ne peuvent être les bons juges.

M. Lereboullet réclame en outre 1° la nomination d'une commission permanente composée de pharmaciens, professeurs, ou membres des Sociétés de pharmacie, qui aurait pour mission de faire un rapport sur les produits non inscrits au Codex, ou non approuvés par l'Académie. Le fabricant serait tenu de fournir des échantillons, la formule du produit et d'indiquer son prix de vente.

2° Nomination d'une commission médicale ou d'un médecin attaché à la commission centrale, dont le rôle serait de déclarer si la préparation, examinée par la commission pharmaceutique, n'est point nuisible, et de donner son avis sur le prix de vente.

3° En cas de rapport favorable, la vente de la spécialité serait autorisée, mais non approuvée. On apposerait un cachet spécial, dont aucun produit ne pourrait se passer.

Nous ne ressentons pas le besoin d'une réglementation nouvelle. L'application de la loi de germinal, la surveillance de l'École de Pharmacie, des commissions d'hygiène existantes etc.... et les approbations de l'Académie, nous paraissent suffire.

Les commissions à créer seraient revêtues de pouvoirs redoutables, de nature à faire, ou renverser la fortune de bien des gens. Il se produirait dans leur sein bien des divergences d'appréciation ; bien des influences pourraient s'exercer.

Avec raison, les propriétaires de produits ne consentiraient jamais à soumettre la fixation de leur prix de vente à l'appréciation des commissions ; ils ne voudraient pas, non plus, faire connaître le tour de main de leur préparation, en dehors de la formule.

L'autorisation de vente équivaudrait, dans tous les cas, à une garantie de l'Etat, apposant un timbre. On ne réclamerait plus l'approbation de l'Académie qui, heureusement à bon droit, devient plus sévère que par le passé.

Pour nous la question des spécialités est dominée qar deux faits.

1° Elles donnent lieu à un commerce énorme, intérieur et extérieur, portion de la fortune de la France.

2° Il existe de bonnes spécialités à conserver ; de mauvaises à laisser de côté. On constate que médecins et pharmaciens peuvent se reconnaître parfois, comme les fauteurs de ces dernières.

Donc à qui a commis l'erreur, incombe le devoir de la réparer.

Quelques commissions de plus, ne feront rien à l'affaire. Les membres du *Concours médical* agissent en conséquence de ces constatations et y conforment leur pratique. Que nos confrères suivent leur exemple ; qu'ils se refusent en toute circonstance aux attestations banales ; qu'il ne suffise plus d'apporter son argent pour annoncer un produit quelconque dans n'importe quel journal. Dès lors, ces produits sans valeur, ne pourront plus prendre pour prétexte et base de leurs annonces dans les journaux politiques, les articles-réclame des journaux médicaux et abuser ainsi de l'ignorance des malades.

En résumé, proscription des produits nuisibles et des remèdes secrets, liberté commerciale, la plus large possible pour le commerçant qui doit être le seul juge des chances de succès d'un produit qui lui appartient, pour lequel il aventure ses capitaux et qui, s'il a une réelle valeur, peut se passer de toutes les autorisations de vente. La faveur médicale éclairée suffira à son succès. Au médecin, seul, incombe le devoir de s'enquérir de la vertu des remèdes qu'il emploie, et de ne point s'engouer du médicament nouveau, avant qu'il ait fait ses preuves. C'est ce que feront les 2,500 lecteurs du *Concours médical.* Ils savent bien que cette action constante et durable est la seule capable de produire de grands effets. Ils n'éprouvent nullement le besoin d'une protection nouvelle de la part de l'Etat parce qu'ils se sentent capables, sous ce rapport, de se protéger eux-mêmes.

La Direction.

VARIÉTÉS

—

LA PROPAGATION DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR LE LAIT.

Un sujet qui à fait grand bruit en Angleterre il y a quelque temps, a été présenté au congrès international des Science Médicales d'Amsterdam avec beaucoup de talent par un médecin anglais, M. Hart ; il s'agit d'une épidémie de fièvre typhoide propagée par le lait. Un médecin consultant de Londres avait été frappé de voir la même voiture de lait être à la porte des malades atteints de fièvre typhoïde, et comme l'épidémie se propageait, il put s'assurer que toutes les personnes malades prenaient leur lait à cette même ferme. Ses soupçons furent mal reçus et la Société qui exploitait cette ferme le menaça même de lui faire un procès. Plus de 150 personnes étaient mortes, dont deux médecins ; l'un de ceux-ci, qui avait été incrédule, avait même exprès pris pendant quelques jours du lait de cette même Société, et son opposition lui ayant coûté la vie, on commença à croire sérieusement que le lait était cause de cette épidémie de fièvre typhoïde. Cela paraissait d'autant plus vraisemblable qu'à Londres on boit du lait surtout, non bouilli, et que toutes les personnes qui étaient tombées malades faisaient usage du lait froid, tandis que ceux qui buvaient du lait chaud étaient préservés.

Mais comment le lait peut-il donner une épidémie de fièvre typhoïde ? Evidemment ce n'est point cet aliment si sain qui peut être accusé, et même ce n'est point dans une maladie des vaches qu'on peut en trouver la cause ; ce n'est point du côté de l'écurie qu'il faut chercher, mais bien du côté du puits. Le lait, en effet, lorsqu'il arrive en ville, est souvent, pour ne pas dire toujours, mélangé à de l'eau, et dans ce cas spécial c'est l'eau qui a causé tout le mal On trouva; en effet, dans cette ferme, que

le puits qui servait, dit-on, uniquement à laver (?) les ustensiles et les boîtes à lait, était placé près d'une fosse d'aisances, et c'était évidemment là la vraie cause de l'action pernicieuse du lait de cette ferme. Le puits fut fermé, les fosses d'aisances furent mieux construites, et le lait ne propagea plus la fièvre typhoïde.

Cependant, cette épidemie ne laissa pas que d'impressionner vivement la population de Londres, et, pour donner des garanties sérieuses, il s'est formé une société qui exploite plus de soixante fermes et qui prend actuellement tous les jours les précautions suivantes, que nous allons résumer, car elles peuvent servir de modèle à d'autres Sociétés, et dans tous les cas les principes fondamentaux devraient en être imposés à toutes les grandes fermes.

La chose la plus importante est la provenance des eaux ; pour cela, avant d'accepter le lait d'une ferme, un ingénieur va la visiter et s'assurer de la pente des eaux et de leurs rapports géologiques ou artificiels avec les fosses où se conservent les matières fécales. L'eau employée pour le lavage de tous les ustensiles doit toujours être bouillie. Le lait arrive à Londres cacheté ; il est d'abord porté dans un local commun, où il est analysé, examiné au microscope, alors seulement il est porté à domicile. Mais, comme dans ce trajet il peut encore être modifié, des inspecteurs spéciaux sont chargés d'aller de temps en temps reprendre à domicile quelques échantillons pour les rapporter au laboratoire d'essai, afin qu'on puisse s'assurer si le lait a conservé ses mêmes propriétés. Avec toutes ces précautions, il est certain que le lait doit être bon et sain; mais de toutes ces précautions, ajoute en terminant M. Hart, la meilleure est la surveillance sanitaire des fermes qui vendent le lait.

CHRONIQUE

Les quinquinas a java. — D'après une communication de M. Van Gorkom, ancien directeur des cultures, à Java, il résulte que l'acclimatation de Quinquinas dans les Indes Orientales est couronnée d'un plein succès, et que la culture des Cinchonas dans les pays autres que la mère patrie n'a pas fait dégénérer les écorces. Jusqu'à présent, le développement de l'arbre paraît dépendre plutôt de la nature locale du terrain et du sol que d'une différence de hauteur.

Les suicides en allemagne. — De Dresde (Saxe) on écrit à la *Gazette d'Augsbourg* qu'en ce pays le nombre des suicides augmente considérablement. La statistique qui vient d'être publiée pour l'année 1878, supérieure à celle de l'exercice précédent, indique 1,126 suicides, dont 215 pour le sexe féminin. En 749 cas, les malheureux se sont pendus ; en 217, ils se sont noyés ; en 88, ils se sont brûlé la cervelle.

Les causes indiquées sont, en 284 circonstances, la mélancolie ; en 105, le dégoût de la vie ; en 94, le désordre et l'ivrognerie ; en 90, le trouble des facultés intellectuelles ; en 89, les privations ; en 65, les souffrances physiques ; en 39, un amour malheureux, etc.

L'âge des suicidés varie entre 90 et 14 ans. Croirait-on que, dans le nombre, on en compte 8 n'ayant même pas encore atteint l'âge de 14 ans ? 4 se sont suicidés entre 80 et 90.

En même temps, on mande d'Angleterre que pendant les dernières semaines le chiffre des suicides en ce pays est triple de celui des mêmes semaines de l'exercice précédent. On suppose que la persistance du mauvais temps, l'absence de soleil, la pluie, les orages et les inondations y sont pour quelque chose, en exerçant sur les tempéraments une influence fâcheuse.

La longévité en europe. — Les derniers recensements de la population dressés en Europe ont fourni au directeur de la statistique administrative à Vienne (Autriche) l'occasion de faire une étude intéressante sur la longévité parmi la population européenne. Il résulte de ses recherches que sur les 102.831 individus ayant dépassé l'âge de 90 ans, et dont l'existence a été constatée dans les grands Etats, on compte 60,303 femmes et 42,528 hommes.

La grande longévité du sexe féminin se traduit d'une façon encore plus sensible dans le nombre des êtres humains à qui la chance (si c'en est une) permet d'atteindre et même de dépasser la centaine. En Italie, par exemple, on a trouvé 241 femmes centenaires pour 141 hommes ; en Autriche, 229 femmes pour 183 hommes ; en Hongrie, 526 femmes pour 524 hommes, etc.

En Autriche le nombre des sexagénaires est de 1,508,359, soitt 7.5 0/0 de la population.

Congrès international des sciences médicales. — Il a été décidé, le dernier jour du Congrès d'Amsterdam que la prochaine réunion aurait lieu dans deux ans en Angleterre, mais la ville n'est pas encore désignée.

CLIENTÈLE MÉDICALE A VENDRE

ERRATUM.

Par suite d'une erreur typographique, le nom du Dr Tison a été omis au bas de l'observation si remarquable d'athétose, reproduite dans notre dernier numéro. Cette observation et les remarques qui l'accompagnent avaient été lues au Congrès de Montpellier.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 13 27 septembre 1879.

BULLETIN DE LA SEMAINE.

—

La variole exerce ses ravages avec une grande intensité dans les contrées d'extrême Orient, et d'une façon générale d'ailleurs dans tous les pays qui ne jouissent pas encore des bienfaits de la découverte de Jenner. Dans les colonies françaises la vaccination a été rendue obligatoire et c'est avec le plus grand dévouement que nos médecins de la marine, parfois au milieu du grands dangers, vont porter, parmi des peuplades à demi-sauvages, dans des pays à peine connus, le préservatif du terrible fléau. Dans notre colonie d'Annam, ce service a été confié pour la première fois à M. le Dr Chedan qui, du 3 mai 1878 au 11 février 1879 a parcouru la Cochinchine en tout sens et vacciné 12,876 individus, sur ce nombre, il y a eu 11,150 succès. Ce chiffre de vaccinations si élevé qu'il soit est peu de chose en comparaison du nombre des habitants du pays qu'on évalue à environ deux millions. Ces détails intéressants ont été fournis à l'Académie de médecine par le savant médecin de la Marine M. le Dr Rochard. Il a fait connaître cette particularité intéressante de l'évolution de la pustule vaccinale en Cochinchine; celle-ci paraît se développer plus rapidement que dans nos climats. A la fin du 6e jour, elle a acquis son complet développement et la purulence commence dès la fin du septième jour et non au neuvième ou au dixième, comme en France.

La vaccination animale n'aurait pas, jusqu'à présent, donné de résultats du moins selon les détails communiqués par l'amiral ex-gouverneur de la Cochinchine à un académicien de ses amis. Aussitôt la vieille discussion sur le mérite de la vaccination animale reprend entre M. Guérin et M. Depaul. C'est une très mauvaise chose selon M. Guérin que le vaccin animal et dans cinq long discours il a cherché à le prouver à ses collègues dans une discussion antérieure, M. Depaul n'a pas été convaincu par les discours de M. J. Guérin, plus que par les opinions de l'Amiral. Il demande des faits et non des assertions reposant sur de simples vues de l'esprit. — Il affirme que le vaccin humain transporté à de grandes distances est toujours mauvais, viendrait-il même de l'Académie.

Enfin M. Hervieux, chargé du sercice des vaccinations rue des St-Pères a tenu à protester contre les faux bruits qui auraient couru, paraît-il, sur les vaccinations académiques. Les insuccès sont relativement rares, environ 2 pour cent. Peut-on demander mieux?

CLINIQUE CHIRURGICALE

—

DU Dr PÉAN.

Hôpital Saint-Louis (26 juillet 1879).

1° *Fistule vésico-vaginale.* — La malade âgée de 34 ans est d'un tempérament lymphatique, e le a eu de l'engorgement des ganglions du cou dans l'enfance. Elle est de taille moyenne et bien constituée, sans vice de conformation du bassin.

Jamais elle n'a fait d'autres maladies qu'une rougeole à l'âge de 3 ans.

La menstruation s'est établie régulièrement depuis l'âge de 17 ans. Les règles durent 7 jours, sont abondantes et colorées. Il n'y a pas de leucorrhée dans les intervalles.

Deux premières grossesses ont été suivies d'accouchements heureux. Une troisième grossesse survint à la fin de l'année 1878 et l'accouchement eut lieu le 4 janvier 1879.

Il fut extrêmement laborieux ; l'enfant qui était énorme resta 60 heures au passage. Les médecins appelés auprès de la malade employèrent le forceps, mais les difficultés furent telles qu'ils se crurent obligés de laisser l'instrument appliqué sur la tête de l'enfant, sans pouvoir ou vouloir le retirer.

L'enfant mort-né ne fut expulsé que le troisième jour.

M. Péan, appelé dès les premiers temps qui suivirent l'accouchement, constata les désordres les plus graves ; des eschares, généralisées existaient depuis la vulve jusqu'au fond du vagin ; elles augmentaient d'épaisseur à mesure qu'on se rapprochait de la vessie et de la paroi antérieure de l'utérus.

De ce côté, elles étaient compliquées de profondes déchirures par lesquelles passaient les urines mélangées aux lochies et au pus, dont la fétidité était intolérable. La chute des eschares détermina une vaste perte de substance de la cloison vésico-vaginale et du col de l'utérus, mais la cloison recto-vaginale fut épargnée. Actuellement, par suite du contact continuel de l'urine avec les tissus, la vulve est rouge, érythémateuse, enflammée et recouverte de dépôts calcaires.

Le toucher vaginal montre qu'il existe à la partie la plus élevée de la paroi antérieure du vagin, une fistule conduisant dans la vessie et dont les dimensions sont assez grandes pour admettre facilement plusieurs doigts. On ne sent ni le museau de tauche, ni la lèvre antérieure du col.

La lèvre postérieure est portée vers la cloison vé-

sico-vaginale et se termine au niveau du bord supérieure de la fistule qu'elle limite. Le cul-de-sac postérieur est agrandi dans son diamètre antéro-postérieur.

Au spéculum, les parois du vagin sont rouges, légèrement enflammées ; la muqueuse vésicale fait hernie dans le vagin entre les lèvres de la fistule. Celle-ci occupe la ligne médiane, elle est irrégulière, elliptique, à grand diamètre transversal. — Son bord inférieur est formé par une bride cicatricielle épaisse.

. Par son bord supérieur elle répond à la lèvre postérieure du col de l'utérus. Celui-ci présente des modifications importantes, il a basculé d'arrière en avant et de bas en haut, de manière à faire saillie dans la cavité vésicale. On ne voit ni la lèvre antérieure, ni la cavité du col. On trouve seulement une portion de la lèvre postérieure, qui a été conservée et qui se continue avec la paroi postérieure du vagin.

Le col est rendu fixe dans cette position, par une bride cicatricielle épaisse, qui contourne la lèvre antérieure de la fistule. Cette bride épaisse, tendue, blanchâtre, peu vasculaire, se continue, par ses extrémités, autour de ce qui reste de la lèvre postérieure du col, qu'elle masque en grande partie.

Le doigt et le catheter, introduits par cette large fistule, conduisent dans la vessie et permettent de constater que la paroi antérieure du col et la partie correspondante de l'utérus sont détruites, mais il est impossible de reconnaître les vestiges de la cavité utérine, qui ne sont manifestement conservés que pour la partie la plus élevée du corps de cet organe. La perte de substance produite dans l'utérus, est donc beaucoup plus étendue que d'ordinaire.

Celle du vagin est également très large, bien qu'elle paraisse un peu rétrécie par la présence de la bride cicatricielle et des vestiges de la lèvre postérieure du col.

Ces délabrements considérables rendent l'intervention chirurgicale difficile.

Opération : L'anesthésie est commencée avec le protoxyde d'azote et continuée avec l'éther, à l'aide d'appareils dus au Dr Rottenstein. L'action du gaz est des plus rapides et permet de commencer l'opération au bout de quelques secondes : La malade ne présente pas cette période d'agitation parfois violente que l'on observe avec le chloroforme. A partir du moment où la résolution est obtenue, on continue l'anesthésie avec l'éther jusqu'à la fin de l'opération. La malade est couchée dans le décubitus latéral gauche ; la cuisse et la jambe gauches allongées, la cuisse et la jambe droites fortement fléchies, le tronc fléchi de même. Des aides maintiennent les lèvres de la vulve fortement écartées, pendant que d'autres tiennent d'une part un spéculum de Sims contre la cloison recto-vaginale, d'autre part, une valve de Jobert contre la cloison vésico-vaginale. Avec de longs bistouris et des pinces, M. Péan avive les bords de la solution de continuité, aux dépens des brides cicatricielles qui l'entourent. Ce chirurgien est d'avis que l'avivement de ces brides, suffit habituellement pour faire disparaître la tension qu'elles exercent sur les bords de la solution de continuité, et que cet avivement est favorable à la cicatrisation lorsque les surfaces cruentées sont rapprochées et suturées.

La difficulté principale est due à l'étendue de la perte de substance, qui porte sur les 2/3 antérieurs du col et sur une partie du corps de l'utérus.

Ces difficultés sont telles, que M. Péan bien que partisan d'obtenir la restauration des fistules vésico-vaginales en laissant le canal utérin ouvert dans le vagin, est obligé d'y renoncer.

Il est, en effet, impossible d'attirer dans le vagin les débris de la partie antérieure de l'utérus, pour les aviver. Le chirurgien est donc forcé de faire l'avivement sur ce qui reste encore de la lèvre postérieure, ainsi que sur les tissus de cicatrice qui entourent directement ses côtés.

L'avivement terminé les surfaces cruentées sont rapprochées et maintenues en contact à l'aide de 13 points de suture métallique isolés. Les fils sont passés à l'aide d'aiguilles courbes et canaliculées, montées sur le chasse-fil construit par M. Mathieu. Les extrémités de ces fils sont ensuite attirées en dehors du vagin et maintenues réunies à l'aide d'une petite bandelette de diachylon. — Ils seront enlevés le quatrième jour.

2° *Doigt surnuméraire de la main droite et vice de conformation du membre supérieur gauche.* — Il s'agit d'une petite fille âgée de 7 jours.

Le père de la malade est âgé de 26 ans ; il est venu au monde avec un sixième doigt à la main gauche. L'appendice digital s'implantait sur le bord cubital du cinquième métacarpien, au voisinage de la tête de cet os. Il fut amputé le jour même de la naissance.

Aujourd'hui, on trouve en ce point une saillie du volume d'une fève, au niveau de laquelle la peau présente la cicatrice de l'opération. Au toucher la saillie est dure, manifestement osseuse, adhérente au cinquième métacarpien et due à ce que l'os ayant été simplement détaché au niveau de son congénère, le tissu a continué à croître dans des limites restreintes et à donner un petit moignon osseux assez disgracieux. L'auriculaire est aminci, effilé, considérablement atrophié, immobilisé dans l'extension ; il ne jouit d'aucun mouvement spontané et ne peut être fléchi qu'avec l'aide de l'autre main. Il n'existe pas d'autres anomalies à gauche.

Sur le bord cubital de la main droite, au voisinage de la tête du cinquième métacarpien, on voit un tubercule du volume d'un pois qui simule à première vue une ébauche de doigt surnuméraire. Mais au toucher on reconnaît que ce tubercule est cutané, indépendant des os. C'est une petite tumeur d'aspect

verruqueux. Le malade croit qu'il n'existait pas à la naissance.

Un fait qui prouve la tenacité des préjugés vulgaires, est l'explication que le malade donne de son vice de conformation. Sa mère pendant sa grossesse aurait vu une grenouille à six doigts.

Chez la petite fille, le doigt surnuméraire siége à droite. Il s'implante sur le bord cubital du cinquième métacarpien, au voisinage de la tête de cet os, ainsi que cela avait lieu chez le père.

Sa direction est oblique en bas et en dehors et forme avec celle du cinquième doigt, un angle aigu très ouvert.

Sa forme, ses dimensions, sont en tout point semblables à celles du doigt voisin. Il possède trois phalanges articulées et possédant les mouvements de flexion et d'extension.

Le vice de conformation du membre supérieur gauche, porte surtout sur l'avant-bras et la main.

Le bras est complet, mais il est plus court de 2 centimètres que le bras droit. Celui-ci a neuf centimètres, le gauche n'en ayant que 7.

La main et l'avant-bras sont incomplets. Ils sont portés dans une position vicieuse telle, qu'ils sont retournés dans le sens de l'abduction, au point d'être complétement accolés et en partie soudés à la face externe du bras, sans qu'il soit possible par des mouvements communiqués de changer cette position. La peau de la partie inférieure de la face externe du bras, se continue avec celle de la partie supérieure de l'avant-bras, qui en raison de la position vicieuse du membre devient inférieure. Les vestiges du poignet et de la main qui sont isolés du bras arrivent à la hauteur de l'épaule.

A partir de l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen, l'avant-bras, va s'amincissant jusqu'au poignet avec lequel il se continue.

La main et les doigts sont réduits à un vestige de l'éminence thénar, au pouce et à la moitié d'un autre doigt qui se confond presque entièrement avec ce dernier.

La peau qui recouvre ce membre imparfait ne présente aucune trace de cicatrices ; elle est normale. Il en est de même des couches sous-cutanées.

Quant au squelette, il manque en grande partie : Au voisinage du coude, on ne trouve que le cubitus qui soit complet ; la tête du radius est représentée par un vestige.

Dans le reste de l'avant-bras, le radius fait défaut le cubitus existe seul, et est entouré par les muscles.

Au poignet et à l'éminence thénar, il ne reste que quelques vestiges du squelette. Ces vestiges sont représentés par les os qui répondent au pouce. Ce doigt est lui-même complet.

Quant à la portion de doigt qui lui est accolée, elle est tellement imparfaite qu'il est impossible de savoir si elle dépend plutôt de l'index que d'un autre doigt.

Opération.— Anesthésie chloroformique :

M. Péan fait l'ablation du doigt surnuméraire en taillant avec le bistouri deux petits lambeaux elliptiques. Après avoir réséqué le doigt, il prend soin d'évider la surface d'implantation, afin de prévenir le développement du tissu osseux en ce point et la formation d'un petit moignon difforme.

Les lèvres de la plaie sont ensuite réunies à l'aide de deux points de suture métallique.

Quant à l'avant-bras gauche, il est impossible de le ramener dans une position meilleure que celle qu'il occupe.

Cette situation vicieuse le rendant excessivement gênant et dépourvu de toute utilité, M. Péan en pratique l'amputation au niveau du coude, en ménageant, le plus possible, les parties molles du côté de l'avant-bras.

L'opération est des plus simples; six pinces hémostatiques suffisent pour arrêter toute hémorrhagie, et peuvent être enlevées au moment du pansement.

On ferme la plaie au moyen de cinq points de suture métalliques et l'on fait un pansement simple avec la charpie imbibée d'eau alcoolisée phéniquée.

M. Péan espère la réunion par première intention et fait ressortir que chez les nouveaux-nés, les plaies guérissent avec la plus grande rapidité.

3· *Hémorrhoïdes chez un homme. — Incision et cautérisation des bourrelets variqueux avec le thermo-cautère.* — Le malade est âgé de 48 ans. Sa mère est morte hydropique. Il a eu la variole à 2 ans, et la rougeole à 11 ans.

Varicocèle gauche volumineux et kyste du testicule. En 1859, la castration fut pratiquée par M. Ricord. Ictère catarrhal à 28 ans.

Depuis 6 ans, il a remarqué la présence d'hémorrhoïdes. Sensation de gêne et de plénitude du côté du rectum. Douleur légère et perte de sang pendant les selles. Son linge est toujours taché par le sang.

Il n'a jamais été constipé.

Dans les derniers temps, les hémorragies sont devenues plus fréquentes et plus abondantes, le malade s'est anémié.

Il a perdu l'appétit.

Ces accidents, joints à la malpropreté entretenue par les hémorrhoïdes, déterminent le malade à entrer à l'hospice et à demander une opération. Actuellement on trouve au pourtour de l'anus un bourrelet hémorrhoïdaire complet. Mais les ampoules variqueuses sont loin d'avoir les mêmes dimensions. Il en existe une du volume d'une noix au bout postérieur de l'anus, tandis que les autres sont comparables seulement à des noisettes ou à des haricots.

Ces tumeurs sont cutanées-muqueuses.

Leur surface présente une teinte bleuâtre violacée. Elle est lisse, unie, tendue.

La plupart sont réductibles, mais la postérieure bien que s'affaissant par la pression, reste encore

turgescente. La base de cette dernière est le siège d'une petite ulcération fort douloureuse au toucher.

Il existe des hémorrhoïdes internes mais peu volumineuses et sans inconvénient.

Pas d'altérations du foie ; la zone de matité hépatique est normale.

Les veines du cordon spermatique gauche forment un paquet variqueux, au-dessus du point où a porté la section lors de la castration.

Il n'y a pas de varices des membres inférieurs.

Opération. — Le malade est soumis au chloroforme.

A l'aide du thermo-cautère chauffé au rouge cerise, M. Péan incise les bourrelets hémorrhoïdaux. La cautérisation est, en même temps, hémostatique, de telle sorte que l'opération se fait sans hémorrhagie.

Pansement simple avec des compresses imbibées d'eau froide.

Dr R. R.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'ÉLIMINATION DES MÉDICAMENTS DANS LES CAS DE LÉSIONS RÉNALES.

L'étude des voies d'élimination des médicaments, intéressante au point de vue physiologique ne l'est pas moins pour le médecin praticien, qui en administrant un médicament actif doit savoir non-seulement quelle est son action au sein de l'organisme humain, mais encore quelle est sa voie habituelle d'élimination, quel est le temps moyen qu'il met à complétement disparaître, et, enfin, quelle influence il peut avoir sur l'organe éliminateur lui-même.

Mais ces notions ne suffiront pas encore et il restera à se demander quelle influence les états pathologiques de l'organe éliminateur pourront avoir sur l'élimination elle-même et sa durée.

Nous disons que cette question est importante pour le médecin car, en cas d'entraves à l'élimination d'un médicament, ce dernier peut s'accumuler et atteindre ainsi dans l'organisme à la dose toxique qu'on avait pensé éviter.

M. Bouchard, dans plusieurs leçons cliniques et dans une communication à la Société de Biologie, a contribué à mettre en relief l'importance des lésions rénales au point de vue de l'élimination de certain médicaments et en particulier des alcaloïdes.

Le rein est le principal organe éliminateur des médicaments et dès que ses altérations sont suffisantes pour le rendre imperméable à certaines substances, il peut en résulter des accidents graves. Il est inutile, par exemple, de rappeler ici le danger d'arrêter certaines diarrhées des albuminuriques, seules émonctoires de l'urée qui, du fait des reins imperméables, ne tarderait pas à amenerdes phénomènes rapidement mortels. Or ce qui se passe pour l'urée, dans la maladie de Bright a été noté pour beaucoup d'autres substances. On se souvient de l'imperméabilité des organes urinaires aux odeurs, telles que celles de la térébenthine ou des asperges. M. de Beauvais pensa même en l'absence du symptôme albuminurie pouvoir diagostiquer, pronostiquer et trouver des indications thérapeutiques dans cette suppression absolue du passage des odeurs dans les urines.

Mais cette imperméabilité ne parait pas être absolue. Dice Duckworth a constaté qu'il y a simplement un retard dans l'apparition de l'odeur.

M. le docteur Chauvet (*Th. de Paris* 1877) rapporte une observation de M. Strauss relative à un malade atteint de néphrite interstitielle accompagnée d'accidents urémiques, d'amblyopie, d'éclampsie, et chez lequel après l'ingestion d'asperges, d'essence de térébenthine, on trouva que les urines avaient l'odeur caractéristique.

S'il est des cas où le rein se trouve complètement imperméable aux substances odorantes, le plus souvent du moins cette imperméabilité n'est pas complète.

L'intolérance de l'opium a été signalée par un certain nombre d'auteurs dans la maladie de Bright. Dickinson parlant du traitement de l'albuminurie signale l'intolérance que présentent certains sujets pour l'opium. Il cite un cas d'intoxication consécutif à l'ingestion de 0,25 centigrammes de poudre de Dower. M. Charcot, et M. Cornil ont vu des exemples analogues et recommandent la plus grande prudence dans l'administration de ce médicament, dans la maladie de Bright. Pour M. Lancereaux, cependant, les phénomènes d'intoxication observés par certains médecins ne sont peut-être pas entièrement imputables à l'accumulation du médicament. « Les médecins anglais, dit-il, ont remarqué que l'opium ne réussit pas dans les néphrites, qu'il est dangereux, et ils attribuent ce fait à l'accumulation qui résulterait de la difficulté de l'élimination de cette substance par les reins altérés. Sans rejeter absolument cette explication, je dois avouer que, dans quelques circonstances où il m'a été donné de voir des malades auxquels on avait administré de la morphine ou de l'opium, ces substances m'ont paru produire, non pas des phénomènes de narcotisme, mais bien des phénomènes urémiques ; par conséquent, je tends à croire que l'impossibilité de les supporter tient uniquement à ce qu'elles diminuent ou ralentissent les différentes secrétions par lesquelles se fait l'élimination des principes essentiels de l'urine. »

Quoiqu'il en soit l'opium est formellement contre-indiqué dans les néphrites en général, dans la madie de Bright en particulier.

Dans cette question d'ailleurs il n'est pas nécessaire que les doses des médicaments actifs soient élevées, comme M. Bouchard le faisait remarquer *il suffit alors de petites doses pour que des médicaments actifs deviennent toxiques.*

M. Chauvet a étudié chez un certain nombre de vieillards d'élimination du sulfate de quinine, de l'iodure et du bromure de potassium et du mercure. Nous allons voir quelles indications on peut tirer de ses expériences.

Pour le sulfate de quinine qui s'élimine pour la plus grande partie par les reins, on peut, à l'état normal, constater sa présence 20 à 30 minutes après l'ingestion, puis, ensuite, l'élimination dure trois à quatre jours. L'urine contient seulement la moitié de la dose ingérée, selon Gubler et Guyochin, le quart selon M. Chauvet.

Dans les cas de lésions du rein, nous voyons l'élimination durer 5, 6 ou 7 jours. Mais la question du nombre de jours pendant lesquels dure l'élimination n'est pas la plus importante, il s'agit de savoir encore quel chiffre de sulfate de quinine, on retrouve au total dans l'urine. Or, toujours même en admettant le chiffre de M. Chauvet pour l'état normal, on voit quo la quantité est de beaucoup inférieur dans les cas de lésion du rein.

Pour le bromure de potassium, toute trace disparaîtrait de 15 jours à 1 mois après l'administration de la dernière dose si le malade a été longtemps soumis à cette médication. La plus grande partie

du bromure passe dans les urines le premier et le second jour. Dans les cas de lésions rénales, malgré de fortes doses, on note la difficulté de son élimination ; aussi chez un malade, après l'ingestion d'une dose de 10 grammes, on ne trouve pas encore de traces de brome, elles n'apparaissent qu'après une nouvelle dose de 5 grammes.

L'iodure de potassium, qui est un des médicaments dont l'élimination est la plus prompte, a donné les mêmes résultats : retard de l'élimination.

Pour le mercure, nous trouvons deux observations de M. Bouchard. Dans l'une, il s'agit d'un homme âgé de 37 ans atteint de lichen syphilitique et d'iritis. Le chancre datait de 14 ans. Ce malade avait ou trois fois des coliques de plomb. Pas d'albumine dans les urines. Pondant quelques jours, on prescrivit deux cuillerées par jour de liqueur de Vanswieten, puis ensuite des frictions avec 4 grammes d'onguent mercuriel. Une stomatite mercurielle très-intense se développa. L'état général du malade était mauvais, les urines peu abondantes contenant un peu d'albumine. Il mourut environ un mois après son entrée à l'hôpital.

A l'autopsie, on trouva dans les reins des lésions de diverses natures, anciennes et récentes, se rattachant à la néphrite interstitielle. Chez ce malade, selon M. Bouchard, l'intoxication saturnine avait causé une lésion chronique du rein qui facilita l'intoxication mercurielle. L'intoxication mercurielle ajouta une lésion récente à la lésion chronique. Ces deux lésions réunies ont amené un notable degré d'imperméabilité du rein, l'urémie en a été la conséquence.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une jeune femme entrant à l'hôpital avec une stomatite mercurielle très-intense, sans qu'elle eut pris ni pilule ni sirop que l'on put incriminer. La veille de son entrée elle était venue à la consultation de l'hôpital pour des ulcérations vulvaires. On s'était borné à une cautérisation au nitrate acide de mercure.

La malade était enceinte, elle avorta, puis mourut. A l'autopsie, on trouva deux gros reins blancs. On attribua à cette néphrite parenchymateuse l'intoxication mercurielle se traduisant par une stomatite intense.

Ces deux observations sont intéressantes. On a signalé, en effet, comme le remarque M. Chauvet, une certaine susceptibilité aux préparations mercurielles. Certaines personnes sont rapidement atteintes de salivation et de stomatite. Il y aurait peut-être dans les observations de M. Bouchard une explication de ces faits.

Les médecins anglais avaient d'ailleurs déjà observé la susceptibilité des albuminuriques pour les mercuriaux et ils recommandent d'en éviter l'emploi, la salivation arrivant plus rapidement chez eux qu'à l'état normal.

Nous avons, à propos de la médication salicylique, plusieurs fois insisté sur la règle si nécessaire pour la pratique de surveiller l'état des reins. Nous n'avons pas à y revenir ici. Mais l'acide salicylique convient admirablement pour montrer le double inconvénient qui résulte de l'élimination d'un médicament actif par les reins malades, et, dans ce que nous disons ici, nous entendons bien parler de l'acide salicylique et non du salicylate de soude.

Voici ce qu'il peut arriver : à une dose de 8 grammes (dose maximum) l'acide salicylique s'élimine dans des conditions normales à travers un rein normal aussi. Mais si cet organe est le siége d'une lésion même peu avancée, le médicament s'éliminera, mais moins bien, donc si les doses continuent avec la régularité nécessaire à l'action thérapeutique, la quantité non éliminée dans un jour, viendra s'ajouter aux nouvelles doses du lendemain. Dès lors au lieu d'une dose thérapeutique, on arrive insensiblement à une dose, sinon toxique, au moins suffisante pour faire abandonner les bénéfices du traitement. Mais la dose peut devenir toxique parce qu'il suffit que le médicament vienne, en quelque sorte, exciter des lésions anciennes du rein et en augmenter l'importance. C'est ce qui paraît être arrivé dans les cas d'intoxication mercurielle rapportés par M. Bouchard.

L'intérêt serait grand d'étudier avec soin l'action du médicament sur les reins. Il est déjà une notion que nous pouvons retenir relativement au danger que présentent les médicaments actifs pris même à *petites doses* dans les cas de lésions rénales.

Nous trouvons dans les comptes rendus de la Société anatomique (*Progrès médical*, 7 avril 1877) un cas d'intoxication produit par des installations d'atropine, chez un malade dont le rein était atteint de tuberculisation ayant amené une altération considérable du parenchyme rénal.

La possibilité de lésions rénales doit donc rendre le médecin très circonspect, mais, de plus, certains médicaments semblent s'éliminer avec une véritable paresse, certains médicaments ont de la tendance à s'accumuler et même en dehors de toute autre considération, la connaissance de ce fait imposé des règles de prudence dans leur emploi. Les doses de chaque jour s'ajoutent aux doses de la veille. Le bromure, l'iodure de potassium, le salicylate de soude s'éliminent rapidement et imposent au médecin la nécessité de continuer longtemps des doses suffisantes pour obtenir le résultat thérapeutique attendu. Mais il n'en est pas de même de la digitale, par exemple. Peu de médicaments présentent à un si haut degré ces phénomènes d'accumulation. Aussi les doses de digitale doivent-elles être suspendues tous les cinq ou six jours. De même encore on peut tirer de cette connaissance que les doses ne doivent pas être croissantes et qu'il faut attendre avec patience l'effet utile. C'est, pour cette raison, que la digitale n'est pas un bon médicament quand il faut agir vite.

Mais si toutes ces précautions sont dans tous les cas nécessaires, combien ne devront-elles pas être présentes à l'esprit du médecin lorsqu'il existe des lésions rénales ?

D'une façon générale, *on peut donc dire que les lésions rénales retardent l'élimination des médicaments et que ce retard est d'autant plus grand que les lésions sont plus avancées*.

Les observations de M. Chauvet relatives au sulfate de quinine ont une grande importance : elles montrent non-seulement ce retard de l'élimination, mais la diminution de quantité de la substance active diminuée par rapport à l'état normal. Tout porte à croire que cette proposition est vraie pour les autres alcaloïdes que la quinine, et peut s'appliquer aussi aux autres substances médicamenteuses.

Enfin au point de vue médico-légal, l'importance de ces faits ne peut être contestée et, à ce sujet, nous rapporterons l'observation suivante due au Dr Keen, de Philadelphie : il s'agit d'un homme de 45 à 50 ans, d'apparence robuste, à qui une prostituée fit prendre de l'opium pour l'endormir et le voler ensuite. Cet individu tomba dans un état comateux dont on ne put le tirer et qui se termina par la mort 24 heures après.

Devant un pareil cas la question d'homicide par imprudence fut admise. A l'autopsie on trouva en effet les reins granuleux (néphrite interstitielle chronique avancée), l'urine était albumineuse.

Nous tirerons donc de ces faits la conclusion que dans toutes les expertises médico-légales relatives aux empoisonnements par les alcaloïdes et les médicaments actifs, l'état des reins doit être soigneusement noté.

Dr P...,

TRAVAUX ORIGINAUX

—

DE L'EMPLOI DE L'ERGOT DE FROMENT DANS LES ACCOUCHEMENTS

Rupture prématurée de la poche des eaux.

On dit que la rupture de la poche des eaux est prématurée, quand les membranes se déchirent sans que le travail de l'accouchement soit commencé, bien que la femme soit arrivée au terme de sa grossesse. Dans ce cas là, chacun sait que l'accouchement devient plus difficile et quelquefois plus dangereux pour l'enfant. Mais quand la rupture de la poche se complique d'hémorrhagie et d'inertie de la matrice, les choses deviennent plus sérieuses.

Je vais donner une observation de ce cas particulier, et faire voir comment, par la manière dont j'administre l'ergot de froment, j'ai conduit l'accouchement à bonne fin, tant pour la mère que pour l'enfant.

La conduite que j'ai tenue dans cette circonstance pourra s'appliquer facilement dans toutes celles qui s'en rapprocheront plus ou moins.

Observation. — Une femme de quarante ans, enceinte pourla cinquième fois, était arrivée au terme de sa grossesse.

Un matin, elle me fait appeler à 6 heures, en me faisant dire de me hâter, parce que la poche des eaux s'était rompue. En arrivant, mon premier soin fut de constater quelle était la présentation et la marche du travail. Je trouvai une présentation de la tête, un bassin de dimension convenable, le col en arrière, souple, dilatable, recevant à peine l'extrémité du doigt. Cette première exploration fut faite rapidement. Ensuite je donnai les ordres nécessaires pour préparer ce dont je devais avoir besoin, et de temps à autre, je demandais à la patiente si elle ressentait des douleurs. Chaque fois elle me répondait négativement. Deux heures après mon arrivée, avant de m'absenter pour un service particulier, je pratiquai une seconde fois le toucher. Tout était dans le même état qu'à mon arrivée et les eaux continuaient de s'écouler par intermittence. A dix heures, le travail n'était pas encore commencé. Je fis marcher la malade et j'essayai quelques frictions méthodiques sur le ventre. Tout étant inutile, je pris le parti d'attendre et la patiente vint s'asseoir devant son feu et y resta toute l'après-midi. Vers les cinq heures, elle changea de place ; alors j'aperçus des taches de sang sur le parquet. Je pratiquai le toucher pour la troisième fois ; les choses étaient absolument dans le même état qu'au début, seulement, mon doigt était couvert de sang. Je crus comprendre que le moment d'agir était arrivé. La malade fut mise sur le lit de douleur et je lui administrai vingt-cinq centigrammes de poudre d'ergot de froment. Il faut noter que je dis *vingt-cinq* centigrammes. Il était cinq heures un quart ; à cinq heures et demie, la patiente ressentit une douleur de courte durée, dix minutes après, il y en eut une seconde un peu plus longue. A partir de ce moment, les contractions se succédèrent assez régulièrement toutes les huit ou dix minutes. J'observai attentivement le travail la montre à la main. A partir de six heures et demie, l'intervalle qui sépare les douleurs augmente progressivement. A sept heures et demie, il était de treize ou quatorze minutes. Je donnai une seconde dose de *vingt-cinq centigrammes* de poudre d'ergot. A huit heures, les douleurs reprirent de la fréquence et de l'intensité. Il s'établit un nouveau rythme ; les contractions revinrent assez exactement toutes les cinq ou six minutes, avec cette alternative qu'une forte douleur était suivie d'une autre moins longue et moins intense. A neuf heures et demie, je constatai, par la nature des contractions et les mouvements de la femme, que la tête s'engageait dans le canal. Jusqu'à onze heures et demie ou onze heures trois quarts, époque à laquelle se termina l'accouchement par l'arrivée d'un gros garçon, je n'eus rien de particulier à constater.

Ce qui doit surtout attirer l'attention dans l'observation précédente, c'est la manière dont j'ai administré l'ergot de froment, et la facilité avec laquelle se règle le rythme des contractions. Jusqu'ici, presque tous les accoucheurs n'ont pu se résigner à administrer moins d'un gramme à un gramme et demi du médicament en question. Il n'est pas étonnant qu'une telle dose réveille dans l'utérus des contractions tétaniques. Aussi fait-on les recommandations suivantes : Ne donner l'ergot de froment que lorsqu'on a bien constaté : 1o Qu'il n'y a pas d'obstacles mécaniques à l'accouchement, ni du côté de la mère, ni du côté de l'enfant; 2o Que la tête est engagée dans le canal ; 3° Que tout fait espérer que l'accouchement se terminera bientôt.

Dans l'observation que je viens de rapporter, et dans toutes celles qui s'en rapprochent, si je m'étais conformé aux prescriptions en usage, et recommandées par les hommes spéciaux, je n'aurais pas dû employer la poudre d'ergot. Que serait-il alors advenu ? Il est probable que l'enfant, qui est aujourd'hui un beau garçon, serait mort.

NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION DE L'ERGOT

Ma conduite, pendant l'accouchement dont je viens de décrire toutes les phases, a été un acte *calculé* et dont les résultats m'étaient connus à l'avance. Depuis vingt ans, j'étudie l'action physiologique de l'ergot de froment, et par la manière dont je l'emploie, je suis arrivé à pouvoir donner aux contractions de l'utérus le rythme qui me convient. Ainsi quand un accouchement traîne en longueur, je constate (toujours la montre à la main), quel est l'intervalle qui sépare deux douleurs consécutives. Quand elles ne reviennent que tous les quarts d'heure, ou toutes les vingt minutes, et que cet état de chose persiste, j'administre vingt centigrammes de poudre d'ergot. Après une heure et demie, si le rythme n'a pas changé je donne une nouvelle dose de vingt centigrammes. Rarement je suis obligé d'arriver à une troisième dose pour amener les contractions à se succéder toutes les huit ou dix minutes.

Jusqu'ici, je n'ai employé ce mode d'administration de l'ergot que dans les présentations de la tête, et sur des femmes chez lesquelles je n'avais constaté aucun vice de conformation.

HÉMORRHAGIES APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Il arrive encore trop souvent que l'on voit succomber en quelques secondes, à une hémorrhagie *post partum*, des femmes chez lesquelles l'accouchement s'est fait en quelques heures, et sans aucune complication.

Depuis que je sais *régler à volonté* l'action de l'ergot de froment j'ai pris l'habitude, dans es accouchements rapides, de faire prendre à l'accouchée 25 centigrammes de poudre d'ergot, au moment où je viens d'extraire le placenta. Avant que la femme ait été lavée, mise au sec et replacée dans son lit, il s'écoule à peu près une demi-heure. C'est là tout le temps nécessaire pour que l'action du médicament puisse se produire.

On ne saurait affirmer que, par cette manière de

faire, j'ai sauvé la vie à quelques-unes des femmes que j'ai accouchées. Seulement, je déclare que je me suis donné une grande tranquilité d'esprit. Cette précaution, tout à fait inoffensive, m'a semblé produire un heureux effet sur les tranchées. Cette dose d'ergot en diminuerait la violence et la durée. Ce n'est pas encore pour moi un fait complétement acquis. Les accoucheurs très suivis pourront seuls résoudre positivement cette question.

Dr Grandclément (d'Orgelet.)

—

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE DU PHIMOSIS

Je crois devoir vous signaler un procédé d'opération du phimosis que je n'ai vu décrit nulle part et dont on n'a point parlé dans les dernières discussions de la Société de Chirurgie.

Je crois qu'il est de M. le Dr Isnard et je le tiens du docteur Richon, un des médecins les plus distingués de l'arméo, qui s'en est souvent servi avec le plus grand avantage.

On porte de fonds du cul de sac préputial sur la ligne médiane supérieure, un bistouri à lame étroite dont la pointe est garnie d'une boulette de cire. Après avoir dégagé la pointe, de cette boulette protectrice, on fait sur le prépuce, d'arrière en avant, une incision médiane, *n'intéressant que la muqueuse.* Arrivé à environ un centimètre et demi de l'orifice prépucial, on traverse la peau et on achève la section. On rabat immédiatement le prépuce ainsi débridé. La muqueuse a glissé sous la peau pour permettre la dilatation de l'orifice. Le suintement sanguin insignifiant, facilement arrêté par quelques gouttes d'eau froide, deux sutures de chaque côté, fixant la muqueuse et la peau dans leurs nouveaux rapports, complètent l'opération qui est éminemment simple, facile, rapide, très-peu douloureuse et qui donne certainement des résultats se rapprochant le plus de l'état normal, c'est-à-dire le plus désirable de tous ceux que j'ai vu employer. Il est bien entendu qu'une longueur exagérée du prépuce n'est justiciable que de la circoncision.

Vous jugerez, monsieur, si ce procédé qui simplifie une petite opération, souvent ennuyeuse, peut intéresser les lecteurs du *Concours médical.*

Dr P. Mougeot.

REVUE DES JOURNAUX

—

Diagnostic entre la gomme scrofuleuse et la gomme syphilitique.

Les gommes scrofuleuses sont des lésions encore peu connues, si l'onen juge par le silence de la plupart des pathologistes. Cependant ce sont des lésions qui se présentent de temps à autre à notre observation. Il est actuellement incontestable que, chez des sujets scrofuleux, il se développe certaines tumeurs qui, par l'ensemble de leurs caractères, se rapprochent de la gomme syphilitique. Nées dans le tissu cellulaire sous-cutané, elles se développent absolument indolentes ; solides d'abord comme des ganglions, elles se ramollissent plus tard, se crèvent et s'ulcèrent, puis enfin aboutissent à une ulcération creuse, fortement entaillée sur ses bords.

Comment les distinguer des gommes syphilitiques ?

1o D'une façon générale, les lésions scrofuleuses ont une évolution plus lente : elles se constituent lentement, s'ulcèrent lentement ; elles ont une marche à pas comptés. Leur évolution totale est donc infiniment moins hâtive que celle des gommes syphilitiques.

2o Après son ramollissement, la gomme scrofuleuse n'élimine pas de bourbillon charnu, compact ; elle élimine une masse liquide, chargée de détritus, de grumeaux solides, éléments de bourbillon, mais qui sont dissociés, fragmentés, égrenés ; cela a beaucoup plus d'analogie avec un abcès froid qu'avec la gomme syphilitique.

3o Les gommes scrofuleuses s'ulcèrent moins complètement que les syphilitiques : elles ont souvent un, deux, trois petits cratères qui ne s'élargissent plus ; c'est un soufflet fistuleux, tandis que la gomme syphilitique met tout son fond à découvert.

4o Lors même que la gomme scrofuleuse s'ouvre complètement, elle se différencie encore : *a.* parce qu'elle est moins régulièrement circulaire ou circinée que la gomme syphylitique ; *b.* parce que ses bords sont moins abrupts, moins découpés, parce que ses bords sont décollés, flottants, laissant au-dessous d'eux une rigole, sous les décollements de la peau, par laquelle on arrive à faire communiquer entre eux les orifices d'ouverture ; jamais la syphilis ne présente ces trajets fistuleux : la gomme syphilitique a ses bords adhérents, non décollés, sous lesquels on ne peut jamais faire passer un stylet.

C'est là un caractère auquel nous tenons beaucoup dans cet hôpital, et qui nous a déjà servi pour différencier exactement des cas difficiles.

5o Le fond des gommes scrofuleuses, au lieu d'être bourbillonneux et escharifié comme celui des gommes syphilitiques, prend, après quelque temps, un aspect rouge, fongueux, végétant, mollasse.

6o L'auréole de l'ulcère syphilitique est d'un brun foncé, d'un rouge foncé ; celle de l'ulcère scrofuleux est presque invariablement violacée, teintée de bleu.

7o Si tous ces signes ont une importance indéniable, on sera encore plus directement instruit par les considérations générales tirées des antécédents, des accidents concomitants, de la constitution et du tempérament.

B. En dépit de cette richesse d'éléments do diagnostic, il est des cas où il reste douteux, même pour les plus experts, pour ceux qui par métier, vivent avec la scrofule et la vérole. Là où les maîtres de l'art, les Ricord, les Bazin, hésitent et s'avouent impuissants à résoudre ces problèmes, nous avons bien le droit de poser cette règle de pratique : quand on sera dans le doute, il faudra instituer le traitement antisyphilitique, qui sera le critérium du diagnostic ; administrer l'iodure de potassium : s'il a une influence curative manifestée par l'intensité d'action et la rapidité de l'amélioration, alors on est autorisé à dire que c'est de la vérole. Si l'action est lente, chétive, misérable, on conclura à la scrofule contre la syphilis. Fournier,

(*Gazette des Hôpitaux.*)

De la Ponction capillaire dans l'Ascite,

Par le Dr Henrot (de Reims).

La soustraction brusque d'une grande quantité de liquide à l'économie détermine souvent des accidents graves ; Henrot a observé des cas de ce genre dans la ponction de l'ascite. Il propose, pour les prévenir, la ponction capillaire avec un trocart de 1 millim. 1/2 de diamètre et de 8 à 9 centim. de longueur. Après l'avoir placé dans une solution phéniquée il l'introduit au lieu d'élection, l'adapte à un tube en caoutchouc plongeant dans un bassin et le maintient à l'aide d'une épaisse couche d'ouate, aussi longtemps que le liquide s'écoule (cinq à six heures en moyenne). Alors le malade l'enlève.

M. Henrot a pu par ce moyen, après six ponctions, améliorer assez la situation d'une de ses malades atteinte de cirrhose du foie pour lui permettre de reprendre ses occupations. Ce procédé n'est pas douloureux, n'effraie pas le malade, et permet aux parois abdominales de revenir peu à peu sur elles-mêmes et de résister ensuite à la reproduction du liquide.

M. Leudet (de Rouen) rappelle qu'il a déjà parlé, ailleurs, de la ponction capillaire dans l'ascite, et qu'il pratique de préférence cette ponction au niveau do la cicatrice ombilicale.

M. Mattei cite le fait d'un paysan qui se ponctionna lui-mêmes sans accidents consécutifs, avec un poinçon, au niveau de l'ombilic.

M. Leudet fait remarquer qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre une ponction capillaire et une ponction faite avec un poinçon.

Sur une question de M. Hamelin, M. Henrot répond qu'il n'a jamais vu la canule s'oblitérer pendant l'écoulement du liquide. (*Congrès de Montpellier.*)

Gazette hebd. de Montpellier.

Des dangers de l'Anesthésie chirurgicale dans la réduction des Fractures,

Par M. Poncet (de Lyon).

Dans toute anesthésie, il existe une période d'excitation plus ou moins longue, plus ou moins violente. Les mouvements désordonnés du malade peuvent amener la transformation d'une fracture simple en fracture compliquée, et dans tous les cas augmenter les désordres de la fracture. M. Poncet supprime la période d'excitation par l'anesthésie mixte. Il détermine un premier assoupissement par l'injection sous-cutanée de 0,01 à 0,03 centigr. de chlorhydrate de morphine, et complète le sommeil par les inhalations d'éther ou de chloroforme.

Comparaison des éthérisations simples et mixtes et de la chloroformisation, par M. Hortolès.

M. Hortolès compare, à l'aide de quatre-vingt-dix observations, l'anesthésie par l'éther seul, l'anesthésie précédée d'un lavement de chlorhydrate de morphine, et l'anesthésie par l'éther précédée d'injections sous-cutanées de morphine. L'auteur compare ces divers procédés entre eux et à la chloroformisation ordinaire, au point de vue des excitations, du temps nécessaire pour obtenir l'anesthésie, de la durée du sommeil produit, des vomissements, et du poids de l'éther employé ; il préfère l'inhalation d'éther précédée d'injection hypodermique de morphine. Il essaie actuellement l'hydrate de chloral en potion avant les inhalations ; cette méthode paraît aussi donner de bons résultats.

M. Chalot croit que l'injection hypodermique de morphine peut être dangereuse chez les enfants, et préfère la chloroformisation simple chez les enfants au-dessous de 15 ans.

M. Denucé croit la chloroformisation simple bien suffisante et moins dangereuse.

M. Masse estime aussi qu'il faut proscrire la morphine chez les enfants.

M. Hortolès répond qu'il n'a jamais vu d'accidents.

MM. Chalot et Hortolès discutent les mérites rélatifs de l'éther et du chloroforme, et, incidemment, MM. Bergeron et Masse apprécient l'utilité de l'iodure de potassium dans la méningite tuberculeuse.

Des injections hypodermiques de chlorhydrate de Pilocarpine après l'opération de la Cataracte par extraction et dans quelques autres cas.

par M. le Dr Chalot (de Montpellier), agrégé.

Voici les conclusions de ce travail très-intéressant :

1° Tous les malades soumis aux injections hypodermiques de chlorhydrate de pilocarpine (à la dose de (0,02 centigr. ou de 0,025 milligr.) ont supporté difficilement ces injections, tant à cause de l'angoisse que de la lassitude plus ou moins grande qui les accompagne ; plusieurs même ont refusé de laisser continuer la médication ;

2° Le chlorhydrate de pilocarpine, injecté à intervalles trop rapprochés ou en trop grande quantité, donne lieu à des phénomènes d'intoxication, à des syncopes qui peuvent être mortelles ;

3° Il n'y a aucun rapport entre la somme des effets physiologiques et celle des effets thérapeutiques ;

4° Les injections de chlorhydrate de pilocarpine, faites, pour la plupart des cas, à doses assez grandes et en nombre suffisant, n'ont donné que peu ou point de résultats contre la kératite superficielle diffuse, l'hyphéma, l'aquo-capsulite exsudative, et l'état nébuleux du corps vitré.

M. Fieuzal (de Paris) dit n'avoir obtenu aucun résultat des injections de nitrate de pilocarpine chez un malade atteint d'*atrophie papillaire commençante*. Ces injections furent pratiquées pendant six mois. A la fin, le malade se sentit tellement fatigué qu'on dut renoncer aux injections, et l'atrophie continua sa marche progressive.

M. Denucé (de Bordeaux), chez une malade qui présentait du trouble de la cornée et de l'humeur aqueuse après une opération de cataracte par extraction, avait prescrit une injection chlorhydrate de pilocarpine. Soit erreur du pharmacien, soit inattention de l'interne du service, la dose injectée fut de 0,10 centigr. ; sept à huit minutes après, survinrent de la salivation, une sueur extrêmement

abondante, des vomissements répétés et des selles séreuses; la température auxiliaire était un peu au-dessous de 36°C. — C'était en quelque sorte le tableau du choléra. La malade cependant se rétablit après une série de moyens appropriés. M. Denucé cite ce fait comme expérience involontaire sur la toxicité du chlorhydrate de pilocarpine.

M. Eustache (de Lille) a traité au moins trente cas de maladies oculaires par les injections de chlorhydrate de pilocapine sans en avoir retiré aucun avantage. Ces injections ont échoué dans la kératite chronique, dans les divers accidents consécutifs à l'extraction de la cataracte, dans diverses choroïdites, rétinites, etc., etc. Dans trois cas d'atrophie papillaire commencante, M. Eustache a continué les injections pendant plusieurs mois, mais le résultat fut absolument nul.

M. Leudet (de Rouen) a vu le chlorhydrate de pilocarpine déterminer une syncope chez un malade qui portait une lésion organique du cœur. Il se demande si des lésions analogues n'existaient pas dans les cas où l'on a constaté des accidents après l'injection de pilocarpine.

M. E. Massart (de Honfleur) a eu à traiter un homme de 32 ans affecté d'une ascite d'origine cardiaque. Ce malade avait déjà subi deux injections de chlorhydrate de pilocarpine à la dose de 0,02 centigr.; à la troisième injection, qui fut pratiquée quelques jours après, succéda une syncope suivie de mort au bout d'un quart d'heure.

M. Chalot ajoute que les deux malades, chez qui il a observé des phénomènes syncopaux, présentaient une athéromasie de presque toutes les artères accessibles au toucher, et qu'ils avaient probablement une lésion organique du cœur (stéatose ou adipose).

—

OBSERVATION D'UN MÉLANO-SARCÔME DE LA CONJONCTIVE DE LA CORNÉE, DATANT DE 25 ANS

par M. Carré.

M. E.., marchand de vins, âgé de cinquante ans, demeurant à Neuilly (Seine), se présente à notre clinique le 26 mars dernier.

C'est un homme assez grand et d'apparence très robuste. Originaire de Montpellier, il a le teint brun très prononcé des méridionaux. Il dit n'avoir jamais été malade.

Il est venu consulter parce que, depuis quelques jours, l'œil droit est devenu légèrement douloureux : cet œil est le siége d'une sensation de gravier. Voici ce qu'on remarque de ce côté :

A la partie externe et antérieure du globe, on observe une tumeur très noire, située partie sur la cornée, partie sur la sclérotique, avec lesquelles elle paraît avoir contracté des adhérences intimes. Elle est un peu allongée dans le sens vertical, où elle mesure 13 millimètres, tandis qu'en largeur elle n'en a que 10. Le bord interne déborde légèrement sur le champ pupillaire, lorsque la pupille est moyennement dilatée.

Elle est bilobée. La portion supérieure est plane, tandis que l'autre portion offre l'aspect d'un petit mamelon de 4 à 6 milimètres de hauteur. La tumeur dans son ensemble est assez dure, mais la partie mamelonnée l'est davantage.

Elle est fortement vascularisée, principalement à la base. De fins vaisseaux serpentent jusqu'au sommet du mamelon. Les vaisseaux sont fournis par la conjonctive et le tissu épiscléral. Ceux de la conjonctive, au nombre de 9, sont très gros et affectent une disposition radiée.

Quand l'œil s'ouvre pour regarder en face, le sommet du mamelon repose sur le bord libre des paupières.

La portion supérieure, plane, présente la même sensibilité que le reste de la conjonctive, tandis que la partie acuminée est à peu près insensible. Les attouchements pratiqués en cet endroit, au moyen d'un stylet mousse, ne sont pas perçus par le malade.

L'acuité de cet œil est de 20|70, tandis que celle de l'œil gauche est de 20|20. Les deux yeux sont emmétropes.

A l'éclairage oblique, on constate une petite traînée grisâtre dans les couches superficielles de la cornée, partant de la tumeur à peu près au niveau du bord inférieur de la pupille et se dirigeant horizontalement.

Dans l'espace pupillaire, un peu en dedans, on constate aussi un léger pointillé qui paraît intéresser l'épithélium.

Les milieux sont complétement transparents. Rien de particulier dans la choroïde examinée avec beaucoup de soin jusqu'à l'ora serrata : elle est très pigmentée, comme chez les bruns.

L'angle iridien paraît complétement libre dans toute sa profondeur. La tumeur est donc bien localisée dans la coque oculaire.

Les mouvements du globe sont libres.

Aucun engorgement ganglionnaire.

D'après ce que raconte le malade, cette tumeur remonte à sa vingt-cinquième année : elle aurait donc déjà vingt-cinq ans d'âge. Au début, ce n'était qu'une petite tache grise située dans cette zone de la conjonctive qui encercle la cornée et qu'on appelle le limbe conjonctival. Peu à peu cette tache s'est agrandie et a débordé d'une manière à peu près égale sur la cornée et sur la sclérotique. La coloration s'est en même temps plus accentuée et est devenue d'un noir encre de Chine.

Du reste, pas de gêne sensible. Le malade en souffrait si peu qu'il ne songea pas à consulter un médecin avant 1869. A cette époque il eut quelques inquiétudes, et consulta un spécialiste très distingué qui conseilla la temporisation.

Depuis lors, la tumeur est restée à peu près stationnaire, ou n'a que légèrement augmenté. Quant à la complication survenue récemment, il ne s'agissait que d'un peu d'hypérémie de la conjonctive avoisinant la tumeur, hypérémie qui a disparu rapidement sous l'influence de lotions boratées.

Le malade n'en demande pas davantage. Cependant il est certain que les choses ne resteront pas certainement dans cet état. Il s'agit évidemment ici d'un mélano-sarcome, diagnostic qui a été confirmé par M. le professeur Panas, qui a bien voulu examiner le malade. Dans un temps plus ou moins rapproché, le néoplasme entrera dans une voie nouvelle, et parcourra ses phases ordinaires : extension dans le globe ou du coté du crâne, imprégnation des organes éloignés ou généralisation. Il n'est donc

pas permis de vivre en paix avec un parasite aussi dangereux, et on a eu tort de conseiller l'expectation, si tant est qu'on l'ait fait sans réserves, ce dont nous doutons. Comme, d'un autre côté, la tumeur qui est sessile paraît avoir contracté des adhérences intimes et profondes avec la coque oculaire, il ne paraît pas possible de tenter la simple ablation, qui d'ailleurs réussit rarement, même dans le cas de tumeurs pédiculées. C'est pour cela que nous avons conseillé l'énucléation.

Au lieu de faire l'énucléation, on pourrait encore pratiquer l'excision du segment antérieur du globe, dans le but d'obtenir un moignon plus volumineux. Mais le malade ne veut point entendre parler d'opérations aussi radicales, et jusqu'à présent nous n'avons pu le convaincre de la gravité de son état.

Le point le plus saillant de cette observation, c'est la longue durée du sarcome, que nous signalons comme très rare. Il a aujourd'hui 25 ans; combien de temps peut-il encore durer? C'est ce que l'avenir nous apprendra. (*Gazette d'ophthalmologie.*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

—

LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES.

MONSIEUR ET TRÈS-HONORÉ CONFRÈRE,

La lecture du numéro 11 du *Concours Médical* me suggère quelques réflexions que je vous demande la permission de vous soumettre.

Vous publiez plusieurs articles sur les spécialités pharmaceutiques extraits de la *Gazette hebdomadaire,* que je trouve inspirés par cette idée, éminemment fausse, selon moi, qui consiste à parler toujours des devoirs des médecins et à passer sous silence leurs droits. Ainsi le Dr Lereboullet fait une charge à fond contre les médecins assez peu soucieux de leur dignité pour conclure des traités avec des débitants de spécialités pharmaceutiques. Le fait peut être malheureusement vrai, mais l'auteur de l'article ferait mieux de rechercher et d'étudier les causes qui ont amené cet état de choses déplorable. La cause principale est, d'après moi, le manque de protection efficace accordée à la profession médicale. Il est clair que si les médecins en question trouvaient dans l'exercice honorable de leur art un salaire rémunérateur, ils n'iraient pas chercher dans un trafic malsain des bénéfices illicites. Or combien y a-t-il de médecins aujourd'hui qui peuvent vivre honorablement de leur profession? Le nombre en est restreint assurément, et ce n'est pas seulement en dirigeant les efforts des élèves vers la thérapeutique et la matière médicale qu'on remédiera à cet état de choses. Voilà les idées que je voudrais voir exprimer par la rédaction du *Concours Médical.*

Le droit des médecins c'est d'être protégés dans l'exercice de leur profession contre l'envahissement des parasites de toute espèce, etc., en échange des dépenses et des études que la loi leur impose. Quand on aura comblé cette lacune, alors il sera temps de leur parler des devoirs qu'ils ont à remplir, et on pourra stigmatiser ceux dont la conduite ne sera pas conforme à la dignité professionnelle.

Quoiqu'en dise le Dr Lereboullet, les lois actuelles sont insuffisantes pour remplir ce but. Il faut faire une loi contre l'exercice illégal de la médecine. Mais si l'on se borne à des déclamations stériles on n'obtiendra rien. Je désirerai bien savoir, à ce propos, ce que devient la fameuse réunion des médecins législateurs. Il serait bien temps pour ces Messieurs de secouer leur torpeur. Je crois qu'un vaste pétitionnement organisé dans le corps médical serait le meilleur moyen a employer, etc,...

Dr A. LENOURICHEL.

On a pu voir, par le dernier numéro, que nous ne croyons pas à la nécessité d'une modification de la législation au sujet des spécialités. Notre action doit être personnelle et suppléera à l'insuffisance des lois actuelles.

Quant aux idées de M. Lereboullet, nous n'en prenons nullement la responsabilité, car 1° nous ne croyons pas que la majorité de nos confrères ait des notions insuffisantes de thérapeutique. L'art de formuler n'a plus de bien profonds arcanes; tous les médecins de notre génération sont de l'avis du sensé Munaret qui insistait vivement sur la nécessité de proscrire les formules complexes, d'accord en cela avec tous les maîtres modernes, et s'appuyant sur la difficulté déja considérable, de se rendre un compte exact de l'action physiologique des médicaments simples. Formuler simplement, et en cas d'association médicamenteuse se rendre compte de la synergie, de l'incompatibilité et de l'antagonisme, c'est tout ce qu'il nous faut. Le pharmacien a d'ailleurs pour rôle de redresser, si par hasard elle nous a échappé, une erreur de solubilité ou analogue. S'il n'en était ainsi, quel serait donc son rôle, puisque la loi a voulu qu'il fut l'intermédiaire obligé entre le médecin et le malade? c'est à lui qu'incombe le soin de la préparation correcte. Quant à toutes les capitulations de conscience qu'amènent les rapports trop étroits de médecin à pharmacien, M. Lereboullet fait certainement la mesure bien large. Il veut sans doute parler des grands centres. C'est là que quelques confrères besoigneux ou avides ont pu céder à la tentation d'un commerce qui les rabaisse. Mais, de là à généraliser, il y a la distance de l'exception à la règle et nous pouvons proclamer bien haut que M. Lereboullet se serait gravement mépris s'il avait accusé la généralité de nos confrères de Paris. Cette idée n'est certes pas la sienne et nous pouvons affirmer qu'en province ces faits inavouables sont à peu près inconnus.

Quant à désirer que l'exercice de notre profession soit protégé quand la loi ne nous permet pas de le faire nous même, c'est notre plus grand désir, et nous souscrirons avec empressement à toute mesure qui tendra à rendre notre profession plus lucrative et plus honorée. L'organisation du *Concours médical*, fait d'initiative privée, n'a pas d'autre tendance et tout nous démontre que son action ne sera point platonique.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

—

Sur quelques modes d'administration du salicylate de soude.

Dans un précédent article, nous avons examiné cette question à propos de laquelle M. Bochefontaine publie aujourd'hui une note dans le *Journal des connaissances utiles.*

Le savant physiologiste rappelle que certains malades ne peuvent supporter le salicylate de soude et qu'il en faut dissimuler le goût à l'aide de différents moyens que nous avons d'ailleurs énumérés ici. Eu autres, M. Bochefontaine cite l'eau de Vichy et attribue à tort, croyons-nous, à M. Edouard Labbé, le conseil d'administrer le salicylate de soude dans de l'eau de Vichy. C'est M. G. Sée qui a fait connaître ce moyen.

M. Bochefontaine a cherché à obtenir les effets du salicylate de soude sans en avoir les inconvénients et voici comment il s'exprime :

Deux cas de rhumatisme articulaire dans lesquels j'ai eu recours au salicylate de soude chez des malades qui ne pouvaient pas tolérer les potions salicylées, montrent en effet que les applications de salicylate de soude autour des articles douloureux, au moyen de compresses trempées dans une solution aqueuse de ce sel, peuvent déterminer un soulagement très prompt de l'accès rhumatismal.

Dans un cas, les douleurs ont débuté par le poignet, gagné l'articulation du coude, puis celle de l'épaule d'un côté, le tout dans l'espace de quatre jours; ces douleurs ont alors spontanément diminué dans l'épaule et dans le coude pour devenir extrêmes dans l'articulation du poignet, au point de rendre impossible le moindre mouvement de cette articulation. Le patient ne pouvant supporter les potions ordinaires au salicylate de soude, ni les solutions très étendues de ce médicament, on a eu recours aux applications externes. Le poignet malade a été enveloppé avec des compresses imbibées de salicylate de soude dissous dans de l'eau. La proportion de salicylate était de 1 gramme pour 20 grammes d'eau, et, comme ce sel est ordinairement acide, on avait neutralisé la solution avec une goutte ou deux d'ammoniaque, afin d'éviter toute irritation de la peau.

Moins d'une demi-heure après l'application des compresses salicylées les douleurs aiguës n'existaient plus, et tous les mouvements peu étendus de l'articulation du poignet étaient possibles. On a maintenu les compresses mouillées, en les arrosant de temps en temps pendant quinze heures, au bout desquelles on a constaté la présence de l'acide salicylique dans les urines. Le jeu de l'articulation était alors facile à la condition de ne pas être forcé. On a continué encore l'emploi des compresses salicylées pendant quarante-huit heures après lesquelles le traitement a été interrompu : vingt-quatre heures avant de l'interrompre on avait de nouveau constaté la présence de l'acide salicylique dans les urines. La guérison n'était pas cependant obtenue, car les douleurs *aiguës* ont reparu au bout de quelques jours, alors qu'il n'existait plus d'acide salicylique dans l'urine. Ces douleurs ont disparu d'ailleurs après une nouvelle application de compresses salicylées durant un quart d'heure.

Dans un second cas, des douleurs aiguës d'un poignet ont été promptement arrêtées par le même *procédé épidermique,* avec une solution pareille de salicylate de soude.

Remarquons que le salicylate de soude a pénétré toute l'économie en traversant la peau, qu'il a été absorbé par la peau.

J'avais déjà constaté que cette absorption a lieu chez différents animaux : de là l'idée d'appliquer les compresses chez l'homme, *in loco dolenti,* dans le rhumatisme articulaire aigu.

Par quel procédé le salicylate de soude a-t-il agi sur l'articulation ? A-t-il agi directement par imprégnation de proche en proche de la peau et des tissus sous-jacents. A-t-il agi seulement après être entré dans la circulation générale ? Ce n'est pas le moment d'essayer de résoudre cette question, d'autant plus que deux observations seulement ne sont pas suffisantes pour que l'on admette sans réserve les effets curatifs du salicylate de soude en applications locales. Ces observations parlent assez toutefois en faveur d'une telle médication, et à ce tit, elles méritent d'être signalées à l'attention des médecins.

L'application des compresses salicylées n'a présenté aucun inconvénient sérieux ; il n'y a pas eu de démangeaisons, d'irritation de la peau couverte par les compresses. Sur la peau voisine des compresses le sel s'est précipité en mince couche blanchâtre, un peu rosée, par l'effet de l'évaporation de l'eau ; et dans ces parties l'épiderme s'est desquamé.

Est-il besoin de dire que les compresses imbibées de solution aqueuse de salicylate de soude peuvent être remplacées par des onctions ou des embrocations, avec des pommades ou des liniments salicylés convenablement dosés, et préparés de telle manière que l'acidité du salicylate de soude serait neutralisée, par exemple, avec l'ammoniaque ou la soude ? Deux gouttelettes d'ammoniaque neutralisant 5 ou 6 grammes de salicylate de soude dissous dans l'eau, il suffirait sans doute d'ajouter une goutte d'ammoniaque ou une quantité équivalente de soude ou de potasse, à une pommade ou un liniment contenant 2 ou 3 grammes de salicylate de soude.

Notons en passant que rien ne s'oppose à l'emploi du salicylate en lavement, puisqu'il est si facile de lui enlever toute action irritante sur la muqueuse du gros intestin, en le neutralisant comme je viens de le dire.

Il est encore un autre mode d'application du salicylate de soude qui, *a priori,* semble particulièrement intéressant pour le clinicien. Je veux parler des injections intra-veineuses de salicylate de soude dans le traitement des accidents graves du rhumatisme aigu, notamment dans le rhumatisme cérébral. Les nombreuses expériences faites tant en France qu'à l'étranger, surtout depuis la communication du mémoire de M. G. Sée à l'Académie de médecine, et notamment les recherches récentes de M. le Dr Blanchier prouvent que le salicylate de soude en solution neutre peut, à la dose de plusieurs grammes, être sans inconvénient injecté

directement dans le sang d'un mammifère supérieur comme le chien.

Les injections intra-veineuses de solution au sixième de chloral hydraté, ainsi que tous les expérimentateurs ont pu s'en convaincre maintes fois, sont, quelles que soient les précautions avec lesquelles on les pratique, réellement dangereuses en comparaison des injections de salicylate de soude dissous dans l'eau à la dose de 1 gramme de salicylate pour 6 grammes d'eau, et neutralisé avec l'ammoniaque. Cependant, depuis les travaux de M. Oré, on n'a pas hésité à employer l'hydrate de chloral comme agent anesthésique, en l'introduisant dans les veines, plusieurs fois même pour des opérations qui ne comportaient pas l'emploi d'un anesthésique aussi actif.

Puisque le salicylate n'offre pas ces dangers qui n'ont pas empêché l'introduction du chloral dans le sang de l'homme pour des opérations d'importance relativement peu considérable, on est autorisé à user du sel de soude salicylé dans ces cas graves où la marche rapide des accidents mortels de peut être entravée que par une intervention médicale rapide, instantanée pour ainsi dire, dans ces cas où la menace d'une terminaison fatale et prochaine justifie toutes les audaces de la thérapeutique, par exemple l'injection intra-veineuse de l'agent médicamenteux.

CHRONIQUE

—

Vitesse de la réparation sanguine. — Pour donner une idée de la rapidité avec laquelle le sang perdu par une cause quelconque se refait, se régénère, G.-E. Rindfleisch calcule la réparation sanguine qui a lieu chez la femme pendant la période intermenstruelle, il estime qu'elle se fait à raison d'un demi-centigramme par minute, soit 175 millions de globules rouges qui se produisent dans le corps en une minute.

***

La pharmacie des sociétés de secours mutuels de Marseille. — Un très curieux procès vient d'être jugé devant le tribunal de commerce de Marseille, Il y a quelque temps, un certain nombre de sociétés de secours mutuels se syndiquérent pour établir, faire gérer et exploiter une pharmacie par un sieur X..., laquelle pharmacie est en liquidation.

Cette pharmacie était ouverte au public; il s'y vendait des remèdes à toutes les personnes qui en demandaient. Le sieur X... recevait un traitement et une partie des bénéfices comme gérant; mais la plus grande part de ces bénéfices était attribuée aux Sociétés de secours mutuels comme à des bailleurs de fonds commanditaires.

Il s'agissait de savoir si lesdites sociétés avaient fait acte de commerce et étaient justiciables de la juridiction commerciale.

Le tribunal de commerce s'est prononcé pour l'affirmative en déclarant que ces sociétés sont sorties de leur rôle ; qu'elles ont été intéressées dans un commerce fait par une pharmacie ; quelles sont devenues les commanditaires de ce commerce et ont même pris une part active, sinon dans la gestion, du moins dans la surveillance d'une exploitation dont elles retiraient un profit commercial.

D'où il résulte que si une société de secours mutuels n'est pas elle-même une société commerciale, elle peut le devenir si elle se livre à des actes commerciaux. (*Progrès méd.*)

***

Un navire-hôpital. — Il s'agit du *Shamrock*, le plus gros transport qui ait encore été construit en France. Le *Shamrock* est surtout destiné à porter des troupes en Cochinchine et à ramener en France des malades et des convalescents : c'est un transport-hôpital; mais en temps de guerre et pour de courtes traversées, il pourrait transporter un grand nombre d'hommes, de chevaux et de matériel. Le *Shamrock* vient de terminer son armement au Havre. Sa longueur entre verticales est de 105 mètres ; sa largueur de 15m,35 ; son creux sur quille au pont des gaillards de 12 mètres, son tirant d'eau moyen en charge de 6m,25, et son déplacement à ce tirant d'eau de 5,429 tonneaux. Sa machine a une puissance de 2,600 chevaux de 75 kilog. sur les pistons, faisant mouvoir une seule hélice.

L'hôpital proprement dit est divisé en trois parties : l'une pour les blessés, la seconde pour les malades dont l'état est grave ; la troisième pour les malades moins gravement atteints de la dyssenterie de Cochinchine; ces derniers sont dans des couchettes fixes : les plus malades dans des couchettes à roulis. On peut mettre 36 malades dans des lits à roulis et 100 dans le reste de l'hôpital ; dans la batterie basse 134 convalescents dans des couchettes, 430 soldats passagers dans des hamacs ; enfin 300 hommes d'équipage et 93 passagers de chambre, officiers et sous-officiers ; ce qui représente un total de 1093 hommes. En temps de guerre, il transporterait facilement 2,000 hommes. A l'avant du pont se trouvent : des parcs pouvant contenir 8 bœufs, 2 chevaux, 40 moutons, 600 volailles, une buanderie, une boucherie et une salle de propreté, pour donner des douches à l'équipage les jours de grande chaleur.

Le *Shamrock*, commandé par l'Etat à la société des chantiers de la Méditerranée, avait été mis sur cale le 24 mars 1877, et a été lancé le 17 avril 1878. Il ira à Toulon pour prendre définitivement son service.

***

Congrès des naturalistes et médecins allemands. — Ce congrès se tient cette année tout près du Rhin, à Bade. Il s'est ouvert hier jeudi et compte plusieurs milliers de membres. Il est divisé en vingt-trois sections. Il y a en outre des séances générales. On annonce plusieurs fêtes intéressantes pendant la durée du congrès qui se terminera jeudi prochain.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 14 4 octobre 1879.

AVIS

Nous avons patienté jusqu'à ce dernier numéro, mais nous sommes obligés d'adresser, non plus aux employés, mais au Ministre des postes et télégraphes M. Cochery, notre réclamation sur l'envoi si irrégulier du Concours Médical.

Nos numéros sont remis le samedi matin à la poste et parviennent régulièrement avec 2 ou 3 jours de retard. Cette situation ne peut durer et nous sommes bien assurés que l'on nous donnera satisfaction.

BULLETIN DE LA SEMAINE.

M. Gosselin a communiqué à l'Académie des Sciences le résultat de recherches faites en collaboration avec M. Bergeron sur les substances, dites antiseptiques.

Ces expériences ont porté sur des solutions d'acide phénique au cinquantième et au vingtième, sur l'alcool à 86 degrés ; sur l'alcool camphré et enfin l'alcool phéniqué. Ces recherches sont intéressantes et d'un grand intérêt pratique, elles montrent que la putréfaction, le développement des bactéridies et des vibrions est plus ou moins retardée selon la substance employée, on voit que les solutions phéniquées sont, de toutes, celles qui agissent le mieux à cet égard, et d'une façon générale, d'autant plus efficacement qu'elles sont plus concentrées. Mais les solutions d'alcool phéniqué présentent encore un autre avantage. MM. Gosselin et Bergeron ont vu, en étudiant comparativement les solutions d'acide phénique pur et parallèlement l'action des solutions alcoolisées d'acide phénique, que ces dernières ont une influence spéciale, indépendante de l'alcool. Le mélange d'alcool et d'acide phénique agit d'abord en détruisant les vibrions ou en s'opposant à leur développement, ainsi que Pasteur et Lister l'ont vu, mais de plus, ils modifient les tissus, ils en coagulent l'albumine, et ce côté de la question est généralement négligé. Ainsi, sous l'influence de ces substances, les globules du sang subissent une modification telle que la putréfaction en devient impossible, et cette action est bien plus efficace que la destruction des bactéridies et des vibrions.

Nous voyons donc que les expériences qui consistent à mettre dans un verre une certaine quantité de sérosité ou de sang, mélangee avec une substance, dite antiseptique. qui tue les organismes inférieurs ou empêche leur développement, n'est peut-être pas suffisante pour expliquer tous les faits et légitimer toutes les espérances. Selon MM. Gosselin et Bergeron, l'action de tuer ces bactéridies et ces vibrions, cause de tout le mal, n'est pas la seule qui se produise en réalité.

— D'autre part, ces bactéridies, qui sont, selon M. Pasteur, l'agent actif du charbon, rencontrent des résistances inattendues. Dans une autre communication, M. Chauveau avait fait connaître ce fait curieux de l'*immunité* d'une certaine race de moutons pour l'inoculation charbonneuse. M. Chauveau a pris des moutons importés d'Algérie, appartenant à la race dite *barbarine*, et sur neuf de ces animaux il a pratiqué l'inoculation charbonneuse : or toutes ces inoculations sont restées sans action sur l'animal, tandis que sur des lapins ou des moutons indigènes, une seule inoculation faite avec la même matière suffisait à développer immédiatement l'infection.

Quelles sont donc les conditions de cette remarquable immunité ? Est-elle un caractère de race et, par conséquent, héréditaire ? ou bien est-ce simplement une immunité acquise ? et quelles en sont alors les conditions ? La solution de ces questions serait pleine d'intérêt pour la science, et il faut espérer que M. Chauveau parviendra à nous la fournir.

— Il est naturel de rapprocher ces communications celles de M. Klein à l'Academie de médecine (Séance du 30 septembre). M. Klein, vétérinaire anglais, a étudié dans un long mémoire la maladie contagieuse de la race porcine connue sous la nom de fièvre splénique, érysipèle malin, mal rouge, pourpre ; typhus, cholera ou peste du porc et qu'il propose de dénommer « pneumo-enterite infectieuse. » La véritable cause de cette maladie, inconnue jusqu'aux recherches de M. Klein, est un microbe spécial provenant d'un champignon du groupe des Schyzomicèles. Voilà donc encore une affection rattachée aux groupes des maladies zymotiques et parasitaires. Mais l'intérêt de cette communication est encore accrue par ce fait que les lésions trouvées à l'autopsie des animaux atteints de cette affection rappellent beaucoup ce qu'on trouve chez l'homme à l'autopsie dans la fièvre typhoïde : ganglions abdominaux rouges, tuméfiés, et enflammés, la muqueuse intestinale fortement hyperhémiée, et offrant constamment, surtout au niveau de la première partie du colon, des ulcérations rondes ou allongées. La rate est gonflée ; le poumon congestionné est parfois le siége de foyers hémorragiques.

Le sang n'a pas permis de transmettre la maladie à un individu sain, mais elle se communique presque sûrement par les voies digestives et alimentaires.

De tous ces travaux lentement accumulés

il sortira certainement un jour un ensemble de connaissances précises, la voie est à peine ouverte et déjà de nombreux faits se sont accumulés. Il faut seulement se tenir dans une certaine réserve intermédiaire,qui permette de ne pas voir la bactéridie partout,après ne l'avoir vu ou voulu voir nulle part.

La méthode aseptique en chirurgie a rendu déjà de grands services, moins par sa minutie que par les idées justes dont elle était souvent l'exagération, elle en rendra sans doute aussi en médecine.

CLINIQUE CHIRURGICALE

—

LEÇON DE M. LE PROFESSEUR RICHET

Hôtel-Dieu (20 mai 1879).

Accidents tardifs survenant après la consolidation des fractures compliquées de plaie. Esquilles emprisonnès dans le cal, et fragments nécrosés par suite d'un travail inflammatoire.

Messieurs,

Je désire aujourd'hui appeler votre attention sur certains accidents tardifs des fractures compliquées de plaie, accidents qui ne sont pas décrits dans les livres classiques. Un exemple que nous avons en ce moment dans nos salles, me fournira l'occasion dc traiter, avec quelques détails, ce sujet important, que, selon toute probabilité, la plupart d'entre vous connaissent imparfaitement.

Lorsque je pris, en décembre 1878, une des salles de M. Alphonse Guérin, j'y trouvai un enfant de 11 ans, à qui mon prédécesseur avait placé un appareil ouaté sur le bras gauche pour une fracture de l'humérus compliquée de plaie. La fracture s'était produite dans les conditions suivantes :

Le 6 novembre 1878 l'enfant était accoudé contre la barre d'appui d'une fenêtre d'un troisième étage; la barre céda et l'enfant tomba dans la rue sur le trottoir. La chute occasionna des blessures graves: outre des contusions multiples et des signes de commotion cérébrale, l'enfant avait une fracture comminutive de l'humérus gauche avec issue des fragments. On le transporta immédiatement à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Alphonse Guérin, qui voulut essayer de conserver le membre, et appliqua pour cela le pansement ouaté dont il est l'inventeur.

Le pansement resta en place pendant 44 jours : lu blessé n'eut que très peu de phénomènes généraux. Le 20 décembre, en prenant possession du service de M. Guérin, je voulus d'abord m'assurer dc l'état du membre. L'ouate et les bandes qui la recouvraient étaient imprégnées de pus : l'appareil tout entier exhalait une odeur insupportable.

Je l'enlevai, tout en me proposant de refaire plus tard le même pansement si je le jugeais nécessaire. Il y avait sur le membre malade unc vaste ulcération allant depuis le coude jusqu'à l'épaule ; la peau avait été détruite par le contact du pus. Jc fis nettoyer la plaie avec de l'eau alcoolisée, et je recommandai à l'interne de faire deux fois pa jour, des pansements avec des compresses imbibées d'alcool.

Quelques jours après, comme la plaie marchait vers la cicatrisation, j'immobilisai de nouveau le membre à l'aide de deux attelles plâtrées. Quelques accidents vinrent retarder la marche de la consolidation ; le malade contracta dans la salle, à une trentaine de jours d'intervalle, deux érysipèles assez graves, dont le dernier surtout mit ses jours en danger. Cependant, malgré ces complications, la plaie du bras se retrécissait graduellement, et bientôt je pus constater que la fracture était parfaitement consolidée.

Depuis le jour où l'appareil ouaté avait été enlevé, j'avais dû à plusieurs reprises extraire de petites esquilles de la plaie. Vers la fin de février, il restait quelques fistules qui conduisaient dans l'ancien foyer de la fracture. Bien que l'enfant ne fût pas complétement guéri, les parents voulurent le reprendre chez eux ; je ne m'opposai pas à la sortie du malade, à cause de l'épidémie d'érysipèles qui régnait dans nos salles.

Ce garçon est resté dans sa famille pendant plus de deux mois, mais son état ne s'est pas amélioré. La mère nous l'a ramené récemment, en nous demandant si nous ne pourrions pas faire cesser l'abondante suppuration qui continue toujours autour de l'ancienne fracture.

Nous avons donc à nous occuper de nouveau de ce petit malade, pour chercher à obtenir sa guérison définitive. On voit aujourd'hui vers la partie moyenne du bras gauche deux ouvertures, situées l'une en avant, l'autre en arrière, et par lesquelles s'écoule une grande quantité de pus. Si l'on introduit un stylet par l'ouverture antérieure, on arrive sur un point osseux mobile. Or, qu'est-ce que ce fragment mobile que l'on sent au bout du stylet ? Avons-nous affaire à des esquilles emprisonnées entre les fragments du cal ; ou bien s'agit-il simplement des extrémités fragmentaires nécrosées par le contact du pus ?

C'est là, dans l'histoire des fractures compliquées, un chapitre difficile et important à la fois, qui a été laissé sous silence dans les livres classiques. Le traité si complet de Malgaigne, ne contient, à cet égard, aucun renseignement. La question mérite cependant un examen sérieux; vous allez pouvoir en juger par quelques exemples qui me sont personnels.

Dans toute fracture comminutive une indication formelle se présente dès le début : avant de placer aucun appareil, le chirurgien doit enlever avec soin toutes les esquilles détachées. Voici, en effet, dans les cas où l'on n'intervient pas, ce qui se passe plus tard : que les esquilles soient détachées au moment même, ou qu'elles ne deviennent mobiles que plus tard, des sécrétions périostales se développent tout autour, enclavant dans la masse les fragments nécrosés. La plaie extérieure peut alors se fermer à la longue, et le blessé paraît bien guéri.

Mais au bout d'un temps variable, un, deux, trois mois, quelquefois même des années, surviennent des accidents graves : le membre devient le siége d'un gonflement douloureux, un abcès se forme ; et, après l'ouverture, on peut sentir au

fond de la plaie un corps dur et mobile qui n'est autre chose qu'une esquille osseuse.

Le premier fait de ce genre que j'ai observé remonte à l'année 1863. Je fus appelé alors à donner des soins à un propriétaire de l'Ile Adam, qui sept ans auparavant s'était fracturé la jambe dans un accident de chasse. La fracture s'était parfaitement consolidée, et le blessé avait repris ses occupations ordinaires, lorsqu'un beau jour il fut pris de douleurs excessives avec gonflement énorme au niveau de l'ancien foyer. Bientôt on put sentir nettement de la fluctuation profonde : il n'y avait aucun doute sur l'existence d'un abcès autour de l'os. En présence de ces signes physiques et des phénomènes généraux, je songeais à une maladie du cal. Je me décidai à faire une large incision dans le point le plus empâté. J'arrivai jusqu'à l'os sans trouver de pus; mais en enfonçant la sonde cannelée profondément, j'avais à peine traversé la coque osseuse qu'un flot de pus phlegmoneux s'écoula par l'ouverture. Au milieu de cette collection purulente qui siégeait dans l'épaisseur même du cal, je trouvai, à l'aide de la sonde cannelée, une esquille grosse comme le petit doigt qui était enfermée là depuis sept ans ; j'enlevai sans difficulté ce petit fragment, cause de tous les accidents. L'esquille était bien lisse et unie, comme si elle avait été, dès le début, enfermée dans un bocal. Cela prouvait bien qu'elle n'avait jamais suppurée. Ainsi une esquille primitivement détachée avait pu séjourner pendant sept ans comme un corps étranger au cal, sans déterminer aucune espèce de symptômes.

Aprés l'extraction de ce fragment, le cal se rapetissa, la plaie marcha rapidement vers la cicatrisation, et la jambe recouvra sa vigueur primitive.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis vingt-six ans, le malade n'a pas eu le moindre accident au niveau de sa fracture ; je l'ai vu encore récemment ; il m'a déclaré qu'il marchait toujours très-bien et qu'il ne souffrait jamais de sa jambe.

Ce cas, un peu extraordinaire, m'avait beaucoup frappé. J'eus l'occasion de le communiquer à Nélaton qui me déclara avoir observé quelques exemples à peu prés analogues. C'est ainsi qu'il avait soigné un général distingué qui, pendant la guerre d'Italie, avait eu l'humérus fracturé par une balle. Quatre ans aprés la consolidation, sans qu'il existât la moindre fistule, un abcès se déclara au niveau du cal. Nélaton pratiqua une incision et cueillit une esquille assez volumineuse au milieu du foyer purulent. Le général en question a guéri, mais il a conservé des douleurs locales qui prennent de temps en temps une forme subaiguë. C'est ce que vient de m'affirmer un médecin militaire qui connaît le malade.

J'ai vu moi-même plusieurs autres cas tout à fait analogues, et j'ai appelé à diverses reprises, dans mes leçons cliniques, l'attention des éléves sur ce point.

Ce ne sont pas seulement les esquilles mobiles et détachées le jour même de la fracture qui sont capables de produire ces accidents tardifs, quand elles ont été englobées par le cal. Parfois aussi ces accidents sont dus à la présence d'esquilles qui se forment plus tard par suite d'un travail inflammatoire. J'ai pu m'assurer de la réalité de cette cause sur un malade dont voici l'histoire abrégée.

En 1868, je fus appelé à Versailles auprès d'un riche voyageur qui avait eu la jambe broyée dans un accident de voiture. Je constatai chez lui une fracture comminutive du tibia avec fracture simple du péroné : je nettoyai le foyer, je rapprochai les fragments avec soin et j'appliquai sur le membre un appareil inamovible. Au bout de quatre mois la consolidation paraissait parfaite : je ramenai moi-même le malade à Nancy, son lieu de résidence, et je le confiai aux soins de M. le docteur Lallemand.

Dix-huit mois après M. Lallemand vit se former un abcès au niveau de l'ancienne fracture. Appelé de nouveau, je constatai qu'une esquille se trouvait dans le foyer; mais l'esquille n'était pas mobile; elle s'était formée par suite d'un travail inflammatoire qui avait envahi le cal; je fus obligé de réséquer l'extrémité fragmentaire qui, bien que nécrosée, restait encore adhérente. Après l'opération, le malade guérit aussi complétement.

Chez le garçon que nous allons opérer aujourd'hui, la suppuration est évidemment entretenue par un fragment d'os nécrosé. Mais s'agit-il d'une esquille détachée depuis le jour de la fracture, ou bien d'un fragment nécrosé par ostéite consécutive? Il importe d'établir la distinction, car dans un cas on enlève l'esquille sans peine, et dans l'autre on doit réséquer une portion d'os.

Je crois que notre malade nous offrira un exemple des deux variétés précitées. En effet, par l'ouverture antérieure le stylet arrive sur un fragment mobile qui se laisse enfoncer, tandis que par l'ouverture postérieure le bout de l'instrument rencontre une extrémité résistante et non flexible. Selon toute probabilité l'ouverture postérieure conduit sur un fragment nécrosé.

Je dois maintenant justifier l'opération que je me propose de faire. Plusieurs raisons des plus sérieuses me décident à intervenir : le malade a sur le bras deux plaies qui suppurent abondamment, il est par suite exposé aux nombreux accidents des suppurations longtemps prolongées, tels que fusées purulentes, rétention du pus, érysipèle, lymphangite, septicémie, pyohémie, etc. Il y a donc un intérêt de premier ordre à tarir chez lui la source de la suppuration, et à le débarrasser de ses fistules, si c'est possible. En pareil cas le chirurgien n'a pas le droit de refuser son intervention, d'autant plus que je n'ai jamais vu, pour ma part, une extraction de séquestre suivie d'accidents. Il semble que la nature veuille, pour ainsi dire, favoriser cette opération formellement indiquée.

Nota. — Selon ses prévisions, M. Richet retira en avant une esquille mobile, et réséqua en arrière un fragment nécrosé. La plaie, pansée à l'alcool, se cicatrisa facilement.

REVUE GÉNÉRALE

Du traitement des tuberculeux.

Nous avons l'intention, dans cette revue, d'analyser les chapitres consacrés à cette question par M. le professeur Peter d'aprés les leçons que l'éminent mé-

decin qui vient de publier récemment le deuxième volume de ses leçons cliniques.

Tout d'abord il n'y a pas de traitement de la phthisie pulmonaire, par cette raison que la phthisie pulmonaire n'existe pas. Il y a à considérer au point de vue clinique et par conséquent au point de vue thérapeutique, le *tubercule, produit de déchéance*, et *la tuberculisation, évolution de ce produit*. D'autre part, *il y a l'organe où siège le tubercule, et le tuberculeux qui porte cet organe* »

Il s'agira donc ici du traitement des tuberculeux :

L'idéal de ce traitement devrait répondre à ces indications :

1· Soustraire le tuberculeux par mésaventure au milieu malfaisant, extrinsèque ou intrinsèque, physique et moral, où et par quoi il est devenu tuberculeux ;

Changer le milieu actuel pour un meilleur à l'égard du tuberculeux, par hérédité ; de telle sorte que ce tuberculeux fût placé dans des conditions telles que de nouveaux tubercules ne germassent pas en lui ;

2· Cela fait d'enrayer l'évolution des tubercules existants ;

3· De combattre l'hypérémie *periphymique*, ainsi que ses conséquences bronchiques et pulmonaires ;

4· D'entourer de soins presque pieux l'appareil digestif ;

5· De faire appel et par tous les moyens, aux appareils nerveux, musculaire et cutané ;

6· De tenir grand compte des formes si variées de l'évolution tuberculeuse, ainsi que de la résistance de l'organe et de celle de l'organisme.

Chez un individu prédisposé héréditairement, on devra s'opposer aux développements des tubercules par des soins hygiéniques : la vie à la campagne, en plein air, les bains froids, l'activité et les exercices musculaires, l'équitation etc., Pollock, Bennet Constantin, Paub et Peter citent des cas dans lesquels des individus tuberculeux on pu ne pas devenir phthisiques, grâce à ces règles d'hygiène.

La saison froide dans nos régions appelle-t-elle toujours l'indication de changer de climat? Il y a une erreur qui consiste d'abord à chercher un climat, une contrée où la phthisie soit inconnue et, comme le dit M. Peter, il n'existe pas de ces climats. On devient aussi tuberculeux à Cannes, à Pau, à Alger qu'à Paris où ailleurs. Certains médecins, d'autre part, conseillent les climats froids ! la Sibérie orientale, les steppes de la Tartarie et les hauts plateaux de l'Engadine. « On pourrait écrire chaque page de l'histoire climatologique des stations d'hiver en deux colonnes qui mettraient en regard des affirmations opposées. » (*Leroy de Méricourt*).

Dans ces conditions le rôle du médecin est difficile. Il faut aux tuberculeux qui peuvent émigrer des climats d'hiver *relatifs*. « Il y a pour eux une question de race, c'est-à-dire d'accoutumance à une certaine température et d'appréciation de la forme et du degré de l'évolution du tubercule. Les hautes températures sont généralement nuisibles. Quand il y a un certain degré d'excitabilité, il faudra éviter le séjour trop près du bord de la mer.

Tracer des régles fixes et précises à propos des climats est, pour ainsi dire, impossible, cependant M. Peter donne quelques indications sommaire ;

Par exemple, aucune résidence n'arrêtera l'évolution rapide de la tuberculisation pulmonaire aigüe ; un climat chaud en précipitera davantage la marche.

Aucune station hivernale n'arrêtera non plus le développement, ni ne modifiera la fièvre de la tuberculisation pulmonaire à lésion chronique et à marche fébrile continue, qui dure ainsi des mois, et sur laquelle néanmoins aucune médication n'a de prise.

On n'a donc à se préoccuper que des tuberculeux à affection chronique et habituellement apyrétique ; eh bien, à leur égard, il y a des climats d'hiver frais ou chauds, secs et excitants, ou humides et tempérants. *Les climats frais conviennent surtout aux tuberculeux chez lesquels domine l'anorexie, et dont les poumons sont assez tolérants pour leurs tubercules. Les climats chauds sont plus favorables à ceux dont, au contraire, les voies aériennes s'enflamment facilement ; les climats secs et excitants conviennent à la tuberculisation à forme torpide, les climats humides et tempérants, à la tuberculisation à forme éréthique.*

La grande affaire est que les malades puissent chaque jour sortir et respirer l'air extérieur, et c'est la raison qui fera conseiller d'éviter les résidences qui les mettront dans la nécessité de rester confinés à la chambre.

D'ordinaire on prend pour la chambre du phthisique toutes sortes de précautions ; d'épais rideaux entourent le lit, des bourrelets sont aux portes et aux fenêtres, et c'est avec crainte qu'on y fait pénétrer l'air pur. La surface d'hématose est amoindrie par les tubercules, et le reste du poumon qui est sain a besoin de la quantité la plus grande d'air oxygéné. « Le bon sens indiquerait cependant, dit très-bien M. Peter, qu'il faut au poumon malade ce qu'on doit à l'estomac lésé : au dyspeptique, les aliments de choix, les plus nourrissants et les plus digestifs ; au tuberculeux, un air également de choix, le plus hématosant et le plus pur. »

Bennet insiste aussi beaucoup sur ce point ; il conseille aux malades de vivre nuit et jour dans une atmosphère maintenue constamment pure par un courant d'air qui traverse la chambre en allant d'une fenêtre plus ou moins largement ouverte à la cheminée ouverte également ; ou bien si le temps ne permet pas d'ouvrir la fenêtre, c'est de la porte débouchant sur un escalier bien ventilé qu'arrive l'air renouvelé.

Chez les phthisiques qui passent l'hiver chez eux, M. Peter conseille les inhalations d'oxygène ; dix, vingt et trente litres par jour. Comme nous l'avons déjà vu dans un précédent article, ces inhalations ont encore l'avantage d'exciter l'appétit.

La température de l'appartement d'un phthisique ne doit être ni trop élevée, ni trop basse ; une température uniforme de 15 à 16 degrés centigrades est convenable.

Comme vêtements, il faut recommander la flanelle, avec manches ou demi manches. L'épaule devant être toujours couverte. On peut superposer deux gilets l'un sur l'autre, proportionnant la superposition à l'abaissement de la température. Les vêtements du phthisique doivent être *ouatés d'air*, selon l'heureuse expression de M. Peter,

L'alimentation sera substantielle et variée, les substances animales en constitueront la base ; viandes de toutes sortes, lait sous toutes les formes et œufs. Les poissons, les huitres dont l'iode n'est peut-être

pas indifférent aux tuberculeux seront recommandés aux malades qui les aiment et les digèrent; le pain n'est pas si nécessaire, on en mange trop en France, c'est encore un de nos préjugés.

Enfin à propos du régime des tuberculeux, M. Peter insiste sur un point de pratique hygiénique bien souvent méconnu. Il semble que le précepte de manger beaucoup et souvent soit la principale préoccupation de certains médecins. Or, l'estomac d'un phthisique est loin de fonctionner avec l'activité nécessaire à cette surcharge alimentaire et surtout chez les habitants des pays chauds ou des contrées tempérées, une semblable pratique ne présente que des inconvénients. L'alimentation doit être réparatrice, c'est-à-dire qu'il faut arriver à donner à l'organisme les éléments nécessaires aux combustions organiques, sans dépasser la limite imposée par le fonctionnement des organes digestifs. En outrepassant cette limite on détermine, presque à coup sûr, un état suburral, de l'anorexie, de la diarrhée alternant avec de la constipation; puis une véritable fièvre gastrique (embarras gastrique fébrile) avec petits accès rémittents nocturnes.

A côté de l'excès d'alimentation, il faut placer l'alcoolisation, l'alcoolisme thérapeutique. On donne à des femmes, à des enfants des doses d'alcool qu'un organisme sain serait hors d'état de supporter.

L'*exercice* modéré doit être recommandé, surtout celui des membres supérieurs. C'est à ce point de vue qu'on peut employer l'équitation et l'exercice de la rame,

Enfin l'*air marin*. à la fois dense et salé qui agit en raison de ces deux qualités. Il est naturellement de l'air comprimé et jouit de propriétés thérapeutiques, dues à sa composition.

C'est encore une raison de prescrire les voyages en mer. La température au large est de plus sensiblement constante. C'est une question controversée et diversement résolue. MM. Rochard, et Leroy de Méricourt ont observé que les voyages en mer accélérent la marche de la tuberculisation beaucoup plus souvent qu'ils ne la ralentissent. Mais les conditions dans lesquelles ces distingués médecins de la marine étaient placées, étaient particuliérement défavorables puisqu'il s'agissait de marins à bord de navire de l'État, soumis à des travaux et à un régime absolument anti-hygiéniques. M. Peter, d'accord avec M. Fonssagrives croit « que les voyages sur mer peuvent exercer une influence favorable sur la nutrition, dans les maladies chroniques et en particulier chez les tuberculeux. »

Le *tabac* doit être sévérement proscrit pour les tuberculeux, de même que l'*acte vénérien.* Chez la femme surtout, ce dernier est particuliérement dangereux, en raison d'une grossesse possible, si donc il s'agit d'une jeune fille, déconseillez le mariage; si d'une femme mariée, vous savez ce qu'il faut dire au mari. (Peter).

L'*hygiène de la peau* est d'une grande importance. Le fonctionnement régulier de la peau est d'une nécessité absolue, et l'*hydrothérapie* est à ce point de vue un des meilleurs moyens de l'assurer et de l'entretenir.

D'abord M. Peter conseille les fonctions sèches matin et soir, sur la totalité de la peau, pendant cinq minutes au moins; puis peu à peu on arrive à la friction additionnée d'un stimulant quelconque, mais liquide, alcoolat de mélisse, eau de cologne, ou plus simplement alcool grossier, mais toujours avec une pièce de flanelle en tampon.

On finira par vaincre les répugnances et les préjugés des malades et des familles, et en prescrira les frictions au linge mouillé d'eau froide. Il faudrait arriver à les pratiquer matin et soir, à l'entrée et au sortir du lit.

C'est par ces étapes successives qu'on arrive à la lotion froide, faite d'abord avec une éponge simplement imbibée, puis ensuite à l'éponge ruisselante.

La douche a été employée aussi. Elle était recommandé par Fleury. Selon cet auteur l'hydrothérapie n'a pas seulement une action résulsive, elle a aussi une action tonique, reconstitutive; elle augmente la force de résistance de l'organisme. L'action locale de l'hydrothérapie est de combattre les congestions circum-tuberculeuses, de ralentir, sinon de suprimer. le travail de ramollissement, par conséquent, de diminuer la toux, les sécrétions morbides et l'hémoptysie.

C'est surtout contre les sueurs nocturnes que M. Peter a eu à se louer des lotions froides.

Cette pratique de l'hydrothérapie, sous forme de lotions froides, rencontrera bien des répugnances. M. Peter rappelle les opinions de quelques médecins qui, avant lui, les avaient déjà recommandé et il espére que ses efforts auront au moins servi à engager les médecins à faire fonctionner la peau des phthisiques, si ce n'est sous forme de lotions froides, au moins sous celles de lotions sèches, ou même de frictions aromatiques. J'aurai prêché dit-il, le plus pour avoir le moins.

Tels sont trés abrégées les régles que posent le savant professeur à l'égard du traitement hygiénique des tuberculeux. Il est bien évident que la plupart de ces règles ne sont malheureusement pas applicables aux turberculeux pauvres de la ville, quant aux malades, mêmes pauvres, habitants la province. la la campagne, nous pensons que la plupart des préceptes donnés par M. Peter leur sont applicables. Ce savant médecin aura rendu un immense service s'il a réussi à convaincre les médecins de la nécessité de l'aération des chambres des phthisiques, de la nécessité de l'exercice musculaire, de l'équitation, de la natation, de l'hydrothérapie.

Grâce à l'emploi de ces moyens on pourra chez des individus prédisposés, retarder ou même empêcher le développement des tubercules, et chez des tuberculeux avérés enrayer le développement de la néoplasie, prévenir les inflammations circumvoisines, et s'opposer aux complications.

Dans un prochain article nous examinerons avec M. Peter la thérapeutique des tuberculeux.

(*A suivre*).

TRAVAUX ORIGINAUX

Premiers cas de trichinose observés en France en mars 1878, a Crépy-en-Valois, par le docteur Jolivet (ancien interne des hopitaux de Paris.)

Le 11 mars 1878, je fus appelé chez M. Dufourd

boulanger, pour donner mes soins à M. Mme et Mlle X..., qui avaient une très forte diarrhée, un œdème très marqué de la face, surtout des paupières, de la fièvre, une courbature générale très violente, des douleurs aiguës dans les membres, surtout dans les masses musculaires, pas de céphalalgie, la langue chargée et blanche, une soif ardente, pas d'albumine dans les urines.

Le fils Dufourd n'avait que la diarrhée.

Surpris de rencontrer dans une famille une série de symptômes que je n'avais jamais observés, je songeai à un empoisonnement par les trichines, et je demandai si on n'avait pas mangé de porc, il me fut répondu qu'on avait tué un porc le 3 mars, que de suite on en avait mangé, et que le lendemain tout le monde avait la diarrhée.

Je priai alors mon excellent maître M. le Dr Moutard-Martin de vouloir bien faire examiner un morceau de la cuisse du porc par un micrographe. M. le professeur Laboulbène, qui s'est toujours occupé des vers parasitaires, se chargea de l'examen microscopique et voulut bien m'écrire ce qui suit : « la viande de porc que j'ai examinée est « trichinée, avec beaucoup de peine je suis par- « venu à une solution parce que les trichines étaient « peu ou point enkystées, et parce que les kystes « étaient absolument transparents. A l'Académie j'ai « montré les préparations à MM. Reynal, d'Alfort, « Colin, Béclard, Fauvel, Moutard-Martin, etc., « qui tous ont de suite reconnu les trichines. »

D'après les symptômes observés chez les malades et le résultat de l'examen microscopique, il n'y avait plus de doute possible, la viande de porc était trichinée, et les malades qui en avaient mangé étaient atteints de trichinose.

Les jours suivants je fus appelé dans plusieurs familles; les malades présentaient les mêmes accidents : diarrhée, douleurs musculaires dans les membres, œdème de la face, tous avaient mangé du même porc tué chez M. Dufourd, qui pour être agréable à ses amis et à sa clientèle avait l'habitude d'offrir un morceau de porc chaque fois qu'il en tuait un.

Personne n'a été atteint de cette maladie; en dehors de celles qui avaient mangé de ce porc.

Sur vingt personnes ayant mangé leur part du porc, 16 ont été malades. Il est à remarquer que les quatre qui n'ont pas été atteintes de trichinose avaient fait cuire complétement leur morceau.

Je crus d'abord avoir été assez heureux pour ne perdre aucun malade. Mme et Mlle Dufourd furent malades pendant trois mois et très gravement ; l'anasarque devint considérable et m'obligea pour Mlle à faire tous les jours des piqûres sur les membres inférieurs, avec une aiguille, pour éviter de voir la peau se fendre, tellement elle était craquelée et amincie. Enfin ces deux malades ont fini par guérir, et actuellement elles se portent parfaitement bien, et ne deviennent pas obèses.

Mais en même temps j'eus à soigner une jeune fille Heurtin, âgée de 14 ans, qui succomba le cinquième jour de sa maladie, à une broncho-pneumonie double. Dès ma première visite, je remarquai chez cette malade des symptômes extraordinaires, dont je ne me rendais pas compte ; avec une fièvre intense, de la diarrhée, des douleurs musculaires très violentes, de l'œdème généralisé surtout de la face et des paupières, et de la stupeur comme dans une fièvre typhoïde. La broncho-pneumonie appela toute mon attention, mais depuis j'ai pensé que cette jeune fille pouvait bien être morte de la trichinose aiguë compliquée de broncho-pneumonie. Elle avait mangé du porc trichiné !

Les deux symptômes les plus frappants, et qui, à eux seuls, peuvent faire diagnostiquer la trichinose sont :

1o L'œdème de la face surtout des paupières et l'œdème sus-malléolaire ;

2o Les douleurs musculaires qui deviennent très violentes à la moindre pression et à la moindre tentative de mouvement.

Maintenant comment expliquer la trichinose chez le porc tué le 3 mars 1878 ? — Il est très probable qu'il aura mangé des rats, qui foisonnent dans toutes les maisons du quartier, attirés par des boucheries voisines.

Depuis dix-huit ans M. Dufourd, élève des porcs, qui n'ont jamais causé de semblables accidents ; il les nourrit dans un toit avec des pommes de terre et du pain. Celui qui fut trichiné, ne provenait ni ni d'Allemagne, ni d'Amérique, — il avait été acheté le premier mercredi de juilllet 1877 à une marchande de Senlis, qui, elle-même, va les chercher à Formeries dans la Somme, pays dans lequel on fait des élèves, elle en avait vendu, le même jour, à plusieurs gens de la campagne, et aucun de ces animaux n'a été trichiné. Ce porc n'avait jamais paru malade, il avait toujours bien mangé, et sa viande qui fut salée dès le premier jour, ne présentait, à l'œil nu, aucun caractère particulier.

Dans la crainte qu'on ne fît manger ce qui restait du porc trichiné, je le fis enterrer très profondément.

Observations de tremblement héréditaire.

Monsieur et honoré confrère,

En lisant dans le numéro du 13 septembre le cas d'athétose du membre inférieur relaté par le docteur Tison, il m'est venu à l'idée de vous faire part d'un cas de tremblement des mains héréditaire et que je crois rare.

1° *R. Bégaud*, bisaïeul, a toujours joui d'une bonne santé, mort à 76 ans, impossible d'avoir d'autres renseignements.

2° *R. Bégaud*, aïeul, mort à 74 ans, ex-postillon, cultivateur dans les dernières années de sa vie, bonne santé, pas d'excès alcooliques, affirmait avoir toujours eu le même tremblement de mains que son père. De sa femme morte à 72 ans, il a eu sept enfants dont deux sont morts très jeunes !

1° *R. Baptiste*, loueur de voitures, ex-postillon, âgé de 54 ans jouit d'une assez bonne santé.

Le tremblement, continu pendant le jour, cesse pendant le sommeil, il devient beaucoup plus intense quand on porte l'attention de R..., sur son affection. Impossibilité même d'écrire s'il se trouve sous l'influence d'une impression morale même faible. A part cela, écriture régulière très lisible, force normale et égale dans les deux mains, sensibilité conservée, pas d'excès alcooliques. Pas d'enfants.

2° *R. Jean*, âgé de 50 ans, cafetier et postillon, bonne santé, pas d'excès alcooliques, tremblement.

3° *R. Henri*, âgé de 20 ans fils unique du précédent, bonne santé, tremblement.

4° *R. Ursule*, veuve âgée de 59 ans, pas d'enfant, excellente constitution est la seule de la famille indemme de tout tremblement.

5° *R. Joséphine*, sœur de St-Vincent-de-Paul, âgée de 45 ans. Tremblement très prononcé, santé délicate.

6° *R. Pierre*, âgé de 43 ans, postillon, bonne santé. Tremblement. Deux enfants, dont je n'ai pas de renseignements.

Il serait très intéressant d'étudier l'action des courants continus sur ce tremblement, principalement sur le jeune R. Henry, l'éloignement du jeune homme et le manque d'appareil ne me le permettent pas, peut-on encourager les parents du jeune homme à essayer ce traitement ?

Dr V. MAGNE.

COURS PUBLIC

ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE LARYNGOSCOPIE ET DE LARYNGOLOGIE

DU Dr CADIER

PREMIÈRE CLASSE.

Deuxième groupe.

Le deuxième groupe de la première classe des angines comprend :

1° L'angine catarrhale aiguë ;

2° Les angines catarrhales chroniques.

1° Angine catarrhale aiguë.

En raison du grand nombre de glandes et de follicules clos reparties dans les différentes régions de l'appareil vocal, l'angine à forme catarrhale est de beaucoup l'affection aiguë la plus fréquente.

L'étude anatomique de la muqueuse de cette région, et de la disposition topographique des glandes, nous permettra, malgré le caractère de généralisation particulier aux affections catarrhales, de prévoir quels seront les points les plus touchés par l'inflammation.

L'examen de l'arrière gorge nous montre une rougeur vive avec tuméfaction marquée surtout aux points où la muqueuse est doublée d'un tissu cellulaire lâche : la luette, les amygdales, les piliers. Dès le début de l'affection, on peut constater une apparence sèche et luisante de la muquouse, mais cette période de sécheresse n'a qu'une durée très éphémère, et bientôt, au contraire, l'aspect de la muqueuse est chagriné, ce qui tient à l'engorgement glandulaire, sa surface se recouvre d'une secrétion d'abord muqueuse et incolore, mais qui devient bientôt blanchâtre ou blanc jaunâtre, et en raison de sa viscosité reste fixée sur la face postérieure du pharynx et sur les amygdales. En même temps que la luette devient plus épaisse, elle s'allonge et peut dans certains cas, arriver à toucher la face supérieure de la langue; l'aspect granuleux, dû au relief des glandes augmente de volume, devient de plus appréciable, mais il est surtout prononcé aux parties supérieures et latérales de la face postérieure du pharynx, ainsi que dans le voisinage des piliors postérieurs ; au voilo du palais cet aspect granuleux est beaucoup moins prononcé, il reste à l'état d'aspect chagriné accompagné d'une rougeur très vive qui se continue, le plus souvent, avec une rougeur assez intense des piliers antérieurs.

Au laryngoscope, on peut constater une teinte rosée et de fines arborisations des cordes vocales, mais l'adhérence de la muqueuse au tissu fibreux sous-jacent ne permet que très peu d'épaississement de la corde vocale en totalité ; cependant au niveau du chapelet de glandes qui limite les bandes d'épithélium pavimenteux de leur bord libre, on voit un relief de ces glandes augmenter de volume par la prolifération des éléments épithéliaux contenus dans leur cul-de-sac, et par la production de globules de pus. Dans quelques cas, lorsque l'inflammation catarrhale est très-vive, on peut apercevoir, à l'orifice du conduit excréteur des glandes, une desquammation superficielle ; mais qui n'atteint les couches dermiques que dans des cas tout à fait exceptionnels et d'une durée très-longue. Lorsque l'examen laryngoscopique nous fera constater l'existence d'une ulcération plus profonde, il faudra écarter l'idée d'une angine catarrhale aiguë franche et penser que l'on a affaire à une poussée aiguë chez un sujet affecté antérieurement d'angine chronique.

La description que je viens de faire de l'état des glandes des cordes vocales dans l'angine catarrhale s'applique également à toutes les autres glandes de l'appareil vocal. et l'évolution des différentes périodes de leur inflammation nous fournira sur tous les points les mêmes considérations pour le diagnostic différentiel.

Les bandes ventriculaires, les éminences aryténoïdes et la commissure postérieure, dont la muqueuse n'est unie que par un tissu très lâche, présentent le plus souvent un gonflement beaucoup plus considérable, et, sur ces parties, le relief des glandes est alors beaucoup moins marqué, et la rougeur plus vive. A la commissure postérieure, lorsque les cordes vocales sont dans un demi écartement, on peut voir un plissement de la muqueuse œdématiée qui pourrait faire croire à de l'aspect velvetique ; mais un examen plus attentif, dans les différentes positions des cordes vocales, permettra de reconnaître facilement l'erreur. L'épiglotte est également le siége d'un gonflement et d'une rougeur assez vive, sa face postérieure prend un aspect chagriné, et l'on peut facilement y constater la présence des glandes plus saillantes et d'une rougeur souvent plus prononcée qu'aux autres parties de l'appareil vocal.

Symptômes. — Au début, sensation d'ardeur au larynx, sensation de sécheresse de la gorge et de gonflement du voile du palais. Il y a ordinairement un abattement considérable; le malade a une céphalalgie intense, une courbature générale, de l'inappétence ; et alors, soit que le début ait eu lieu par du coryza ou par de l'angine, l'affection catarrhale se généralise, tout l'appareil respiratoire est souvent envahi de proche en proche et l'on assiste à l'évolution d'une grippe, maladie épidémique et contagieuse et que tout le monde a pu étudier dans tous ses détails par son expérience personnelle. En vertu de la tendance à la généralisation que présentent les affections catarrhales, il est relativement rare de voir cette inflammation rester localisée à l'appareil vocal.

La voix est enrouée, inégale, il se produit subi-

tement un son faux pendant l'émission d'une note, le timbre de la voix est plus grave, et les sons aigus deviennent difficiles ou même souvent impossibles, ce qui tient à la présence des mucosités et au gonflement des cordes vocales. Peu à peu, la douleur devient moins vive, mais l'impression du froid réveille la sensation de picotement et de chatouillement du larynx et détermine une toux quinteuse ; l'expectoration, muqueuse au début, devient plus tard plus épaisse et plus abondante.

De même qu'après la laryngite, on voit souvent survenir de l'asynergie des cordes vocales qui peut quelquefois persister plusieurs semaines ; à part cette complication possible, l'évolution de l'angine catarrhale aiguë est assez rapide, et ne dépasse pas 8 à 10 jours.

Traitement. — Dès le début, un bain de vapeur réussit quelquefois à enrayer l'évolution de la maladie, mais il faut qu'il soit donné aussitôt l'apparition des premiers symptômes. Pendant les premiers jours, il faut avoir recours aux boissons et aux gargarismes émollients, aux fumigations et aux pulvérisations de liquides mucilagineux et légèrement opiacés : les pâtes pectorales, le sirop d'érysimum et surtout l'alcoolature d'aconit, à la dose de trois ou quatre grammes dans les vingt-quatre heures. Lorsque que l'on constate de l'état saburral, il ne faut pas hésiter à ordonner un vomitif d'abord, puis des laxatifs, mais surtout il faut tenir le malade dans une chambre à température de 15 à 18 degrés, et éviter soigneusement le contact de l'air froid. Si l'affection se généralise et gagne la muqueuse bronchique, les applications de teinture d'iode et d'huile de croton, deviennent alors souvent indispensables.

Angine catarrhale chronique.

Cette affection, succède le plus souvent, à l'angine catarrhale aiguë, mais dans un grand nombre de cas, les poussées d'accidents aigus sont toujours peu marquées, et s'accompagnant de peu de réaction fébrile passent alors inaperçues, et l'affection chronique paraît s'établir d'emblée.

Toutes les causes qui sont susceptibles d'occasionner une irritation souvent répétée, ou qui exigent un excès de fonction d'une partie de l'appareil vocal, peuvent prédisposer à cette maladie, et en raison de la différence d'action de ces différentes causes, nous verrons l'angine catarrhale chronique revêtir un cachet, pour ainsi dire, spécial et présenter une localisation différente.

Cette particularité nous permettra de reconnaître différentes variétés de l'angine chronique, et nous pourrons adopter la classification suivante :

1° Angine des chanteurs.
2° Angine des orateurs.
3° Angine des fumeurs.
4° Angine des alcooliques.
5° Angine de cochers.
6° Angine par poisons.
7° Angine par vapeurs irritantes, etc.

Ces différentes variétés nous présentent un ensemble de lésions que nous étudierons sans avoir besoin pour chacune d'elles d'un chapitre spécial, et nous pourrons ensuite décrire beaucoup plus facilement et en quelques mots, la physionomie particulière que chacune de ces étiologies donne à l'angine catarrhale chronique dans chaque cas particulier.

Pendant longtemps l'angine catarrhale chronique a été décrite par les auteurs sous le nom d'angine glanduleuse ou granuleuse, (Guénau-de Mussy, Bouland, Turck, Peter et Krishaber, Mandl, etc). Mais ces auteurs comprenaient, dans leur angine glanduleuse, différentes variétés d'angines diathesiques, qui, elles aussi, sont caractérisées par la présence de granulations plus ou moins nombreuses et plus ou moins volumineuses ; aussi avons-nous crû devoir, en raison de cette confusion, éliminer de notre cadre l'angine glanduleuse et en joindre l'étude, partie à l'angine catarrhale; et partie aux angines chroniques liées à des maladies générales chroniques.

Examen laryngoscopique. — Dans l'angine catarrhale chronique, les points malades sont beaucoup plus localisés que dans la forme aiguë, mais ils ne sont pas localisés à un point presque unique de l'appareil vocal, ainsi que nous avons pu le constater pour les angines inflammatoires.

Dans l'immense majorité des cas, la face postérieure du pharynx est affectée, et l'on peut alors y découvrir les caractères suivants : saillies arrondies formées par les follicules et par les glandes hypertrophiées plus ou moins volumineuses et disposées soit en forme de chapelets, soit en grappes, soit en follicules isolés. Sous l'influence d'une irritation un peu plus vive, ces glandes peuvent s'enflammer et donner lieu à une suppuration de l'appareil glandulaire, il se produit alors un phénomène un peu analogue à la pustule d'acné de la peau. Dans ces cas de suppuration des glandes, l'inflammation reste localisée, et l'érosion n'envahit pas les parties interglandulaires de la muqueuse.

Le bord de l'épiglotte prend un aspect inégal, bosselé, chassieux, et la face postérieure une coloration plus foncée et un aspect chagriné, qui tient à l'hypertrophie des glandes à la partie la plus inférieure de cette face, les glandes deviennent souvent un peu plus volumineuses et elles sont plus confluentes.

Les bandes ventriculaires dont le tissu cellulaire sous-muqueux est très lâche, et acquièrent dans quelques cas un volume assez consirérable pour masquer les cordes vocales inférieures et gêner leurs vibrations.

Rarement les éminences arytenoïdes deviennent très-volumineuses, le plus souvent on peut constater un œdème léger de la partie supérieure et surtout de la partie antérieure, celle qui constitue la commissure postérieure ; toutefois, dans certains cas, cet œdème de la commissure postérieure peut être assez considérable pour empêcher, par son plissement le rapprochement de la partie postérieure des cordes vocales. Toutes les parties œdématiées présentent, en même temps, une rougeur assez vive moins marquée cependant à la commissure postérieure que sur les autres points des aryténoïdes.

Les cordes vocales, sous l'influence de l'angine catarrhale chronique prennent une teinte rosée. En certains points, on peut constater la présence d'un petit nodule avec radicelles ou arborisations fines qui s'en écartent dans toutes les directions ; leur

aspect rappelle parfaitement les nodosités de la conjonctivite pustuleuse ou un ostéoplaste vu au microscope. Rarement la teinte rosée est limitée à une seule corde, mais souvent cette inflammation est limitée aux deux extrémités des cordes vocales c'est-à-dire aux parties voisines des commissures antérieures et postérieures : cette localisation nous est expliquée par l'étude anatomique qui nous a montré que les parties voisines des commissures contiennent des glandules beaucoup plus nombreuses et beaucoup plus volumineuses. Sous l'influence de l'inflammation, il se produit une desquammation des cordes vocales ce qui leur donne un aspect dépoli et terne ; mais cette desquammation reste superficielle, et l'épaississement des cordes vocales n'est que très peu marqué et sensible seulemen aux points qui correspondent aux nodosités glandulaires.

L'examen que nous venons de faire des lésions de chacune des parties de l'appareil vocal nous montre l'ensemble des lésions qui peuvent se rencontrer dans les différentes variétés des angines catarrhales chroniques, mais chacune de ces variétés présente une localisation spéciale, et un cachet particulier dont il est important de vous faire connaître l'aspect général ; cette étude sera pour nous un élément de diagnostic très précieux pour formuler un traitement efficace.

Dans l'angine alcoolique, les lésions se trouvent localisées à la région pharyngienne et caractérisées par une rougeur vive des glandes : la muqueuse est parcourue par des vaisseaux dilatés qui présentent une coloration livide ou violacée.

Dans certains cas, Isambert a trouvé cette muqueuse à la fois sèche et chagrinée et d'un aspect rappelant tout à fait celui de la vaginite granuleuse, et il rattachait surtout cette dernière forme à l'abus de l'alcool et des liqueurs fortes tandis que la première serait le résultat de l'alcoolisme par le vin. Dans ces deux variétés, j'ai constaté souvent le même état des éminences aryténoïdes et du bord de l'épiglotte, mais à moins de complications, il n'existe aucune lésion du côté des cordes vocales.

Dans l'angine du fumeur, il existe une rougeur plus vive de tout le pharynx, et cette rougeur est souvent plus marquée à la luette et aux piliers, et s'accompagne de sécheresse et d'un aspect luisant de tout le fond de la gorge. Pour confirmer ce diagnostic il est bon de constater la présence des plaques laiteuses des commissures labiales ainsi que la stomatite qui l'accompagne souvent. Le fumeur de cigarettes, qui dans un grand nombre de cas, à l'habitude d'aspirer la fumée, présente en plus une irritation analogue de l'épiglotte et des cordes vocales occasionnée par le contact des vapeurs irritantes du tabac.

Dans les angines spéciales aux orateurs et aux chanteurs, nous trouvons au contraire peu de lésions du côté du pharynx, tandis que les cordes vocales et les éminences aryténoïdes sont le siége de granulations assez apparentes et d'une rougeur quelquefois assez vive, mais le plus souvent d'une teinte légèrement rosée ; les granulations sont manifestes, surtout dans le voisinage de la commissure postérieure, et lorsqu'elles sont nombreuses elles peuvent s'acccompagner d'une léger épaississement des cordes vocales. Cet épaississement est limité au bord libre des cordes vocales et ne peut pas être confondu avec cette forme arrondie que prenne les cordes vocales dans certaines angines diathésiques.

L'angine des chanteurs ne diffère pas de celle des orateurs, il m'a semblé cependant dans un certain nombre de cas, que chez les chanteurs les lésions paraissaient se localiser plus spécialement dans le voisinage de l'extrémité postérieure des cordes vocales.

En raison des causes multiples qui déterminent l'angine des cochers, nous pourrons constater chez eux une généralisation plus grande, et un mélange des lésions que nous avons énumérées chez les alcooliques, chez les fumeurs et chez les gens qui font un exercice forcé de la parole ; de plus leur exposition continuelle aux intempéries rend très fréquentes chez eux les poussées d'angines catarrhales aiguës.

Différents médicaments ou poisons peuvent déterminer une angine, soit par leur contact direct, soit par leur absorption et leur élimination ; cette étude pourrait présenter beaucoup d'intérêt, mais elle exigerait un certain nombre d'expériences qui n'ont pas encore été faites.

Symptômes. — Le malade accuse une sensation de sécheresse de la gorge, et, lorsque la partie supérieure du pharynx est malade, il fait souvent des mouvements de regurgitations comme s'il avait un corps étranger logé dans cette région. Dans l'angine des alcooliques on entend une altération toute particulière de la voix que l'on nomme vulgairement voix de rogomme. Dans l'angine par excès de la parole ou du chant, on constate d'abord moins de moelleux et de souplesse dans la voix, les inflexions et les modulations légères se font d'abord avec moins de facilité, puis les notes élevées deviennent difficiles à émettre; la voix se fatigue rapidement, devient inégale et, dans le milieu ou à la fin d'un discours, il se produit une note fausse ou une émission mauvaise de la voix. Pour éviter cet inconvénient le malade éprouve le besoin de faire un *hem* avant de commencer une phrase ; sous l'influence de la contraction spasmodique qui détermine le son *hem*, les mucosités plus ou moins visqueuses qui tapissaient le bord des cordes vocales se trouvent déplacées, et la voix reprend son timbre meilleur. Plusieurs fois l'examen des cordes vocales du chanteur, atteint d'angine catarrhale chronique, m'a permis de constater ce phénomène et la présence de ces mucosités sur le bord libre des cordes vocales.

Diagnostic. — Il faut avoir bien soin d'abord d'éliminer toutes les angines chroniques liées à un état diathésique.

Mais il ne suffit pas de poser le diagnostic d'angine catarrhale chronique, il faut de plus lui donner sa caractéristique et savoir exactement à quelle cause en attribuer l'apparition, car c'est une question capitale pour le traitement et l'hygiène du malade. Il faut interroger les malades avec beaucoup de soin, et se rappeler que l'aveu de certains vices est souvent très-pénible pour le plus grand nombre.

Traitement. — La première chose à faire est de

s'occuper de l'hygiène du malade, rechercher et éloigner toutes les causes déterminantes, lui faire prendre les plus grandes précautions contre les refroidissements et contre l'air froid et humide, éviter tout effort dans l'exercice de la parole, renoncer s'il y a lieu à continuer de fumer ou à l'usage des liqueurs fortes. Cet ensemble de recommandations est souvent la partie épineuse du traitement, et l'on ne saurait trop insister sur leur stricte observance, car aussitôt que, sous l'influence d'un traitement approprié, le malade se sent un peu soulagé il se croit entièrement guéri et recommence peu à peu ses anciens errements.

Le meilleur traitement local consiste à toucher directement le pharynx et le larynx avec le porte-caustique imprégné d'une des solutions suivantes :

Lorsque l'on soigne un cas assez intense d'angine des alcooliques, il faut avoir recours à une solution iodée :

Iode métallique,	0 gr. 20 à 0 gr. 30.
Iodure de potassium,	1 gr.
Glycérine,	30 gr.
Eau distillée,	28 gr.

Ou encore à une solution de sulfate de cuivre au cinquantième,

Si l'affection est moins intense ou lorsqu'elle s'étend aux parties supérieures du larynx, j'ai alors recours à la solution de nitrate d'argent au 50me ou au 75me.

Dans l'angine des chanteurs et des orateurs, j'ai plutôt recours à la solution suivante :

Chlorure de zinc,	0 gr. 50.
Eau distillée,	75 gr. ou 50 gr.

Cette solution présente sur celle au nitrate d'argent l'avantage de ne porter son action que sur les points où la muqueuse est dénudée, ce qui a une grande importance lorsqu'on cautérise des organes aussi délicats que les cordes vocales.

Dans les cas assez fréquents, où je constate un peu d'asynergie des cordes vocales avec un œdème un peu marqué de leur partie postérieure, j'ai alors recours à une solution de sulfate de stychnine, et j'ai pu constater plusieurs fois une amélioration très rapide de la voix peu de temps après cette application. Suivant les cas, je varie la formule, mais voici celle à laquelle j'ai le plus souvent recours.

Sulfate de strychnine,	0 gr. 20.
Glycérine,	20 gr.
Eau distillée,	10 gr.
Alcoolature d'aconit,	5 gr.

Comme complément de ce traitement avec le porte-caustique je fais usage d'un gargarisme iodé en mêlant ma solution iodée avec 3 fois autant d'eau, ou quelquefois d'un gargarisme à l'eau de goudron ; mais j'insiste sur les pulvérisations chaudes avec de l'eau créosotée contenant 0 gr. 10 de créosote, pour une pulvérisation à 1 pour 3 à 400 de chlorure de zinc. Les pulvérisations à l'eau sulfureuse réussissent quelquefois, mais surtout lorsque l'on a fait antérieurement usage de l'un des moyens précédemment cités et pour ainsi dire comme complément du traitement.

Je ne parle également que pour mémoire de l'insufflation des poudres médicamenteuses, car depuis longtemps mon maître Isambert en a condamné l'usage.

Comme traitement général j'ai recours au bromure de potassium lorsqu'il y a hypéresthésie ou spasme de l'appareil vocal ; souvent j'ordonne le goudron, et mieux l'élixir créosoté, en même temps que des purgatifs légers, et un régime rafraichissant. Lorsque je reconnais chez les malades quelques signes d'anémie, j'institue alors le traitement tonique et les préparations ferrugineuses. Deux espèces différentes d'eaux minérales me sont très utiles comme complément de ce traitement : les eaux sulfureuses lorsque j'ai affaire à un sujet débilité et lymphatique, et les eaux du mont Dore, lorsqu'au contraire j'ai affaire à un sujet d'une constitution plutôt pléthorique.

A tous ces moyens d'action j'ajoute souvent les révulsifs : la teinture d'iode, l'huile de croton et les vésicatoires appliqués soit en avant du larynx, soit à la région sternale.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ENCORE LES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES.

Nous avons publié les articles de MM. Lereboullet et Besnier, aujourd'hui nous donnons quelques extraits de la causerie scientifique du Dr Decaisne (*France*, 30 septembre).

On sera frappé, comme nous, de la similitude des idées et parfois même des expressions avec ce que nous n'avons cessé de répéter jusqu'ici. C'est une raison de plus pour nous d'être fier d'avoir, les premiers, arboré le drapeau que nous sommes aujourd'hui plus nombreux que nous ne le pensions à défendre contre les entraînements d'une réglementation inutile ou d'une connivence que nous qualifions de coupable.

M. Decaisne rappelle les paroles de M. Chatin à l'Académie :

« Comme toutes les spécialités, ces médicaments monopolisés ont une composition inconnue : des médecins, qui trop souvent les prescrivent ; des pharmaciens, indifférents à la bonne qualité d'une drogue dont ils ne sont pas responsables, les livrant sous cachet ; du public, qu'appellent directement de pompeuses et trompeuses annonces.

L'Académie doit le reconnaître : la spécialité, qui abaisse la pharmacie, n'est pas moins désastreuse pour le médecin que pour le pharmacien qui se respecte. En attendant que la loi permette de faire plus, tout médecin devrait, dédaignant telles ou telles spécialités, en prescrire, suivant les règles du formulaire, l'agent actif, si agent actif il y a, ce qui n'est pas toujours le cas ; tout pharmacien ayant le sentiment de sa dignité et de ses devoirs aurait à rejeter de son officine tout agent monopolisé. »

Et M. Decaisne ajoute :

C'est là, certes, le langage d'un homme qui a le souci de la dignité de sa profession et qui veut la faire respecter, et ce que dit là M. Chatin nous l'avons bien des fois entendu dire par des pharma-

ciens qui déplorent avec lui l'avilissement de leur art; mais, hélas!

. . . .

Les pharmaciens ne sont pas seuls responsables de ce discrédit dans lequel est tombée leur profession et qui rejaillit sur la médecine. Il y a d'autres coupables. Tenez, par exemple, j'ai là sur ma table tous les journaux de médecine, tous les journaux et revues scientifiques qui paraissent chaque jour; leur quatrième page et souvent leur troisième et quelquefois leur seconde sont couvertes des annonces pompeuses et des réclames de toutes les spécialités recommandées souvent, directement ou indirectement, de certains noms qu'on est étonné d'y trouver. Tout le monde sait d'ailleurs que, sans les annonces, la plupart de ces journaux ne pourraient pas exister. « Il faut bien vivre », me disait un jour le propriétaire d'une de ces feuilles à qui je faisais remarquer l'inconvenance de certaines annonces. A quoi je répondis par un mot bien connu : « Je n'en vois pas la nécessité. » En effet, je crois que la science et la profession gagneraient à la réduction du nombre des journaux.

Si je le voulais, je pourrais montrer à nu toutes les plaies de ce mercantilisme plus ou moins scientifique, mais cela me paraît inutile et, en terminant, je me permets de dire respectueusement à l'Académie de médecine, dont je comprends les justes et honorables susceptibilités :

Cette loi — toujours des lois, en aurons-nous bientôt assez de ces lois dont Montesquieu disait que leur multiplicité est un signe de décadence, — cette loi contre les spécialités pharmaceutiques, vous ne l'obtiendrez pas :

1° Parce que la vente annuelle des spécialités se chiffre en France et à l'exportation par une somme de plus de 160 millions, et que de les frapper ce serait, comme on l'a dit, tarir une source précieuse de la fortune publique et favoriser la vente des produits similaires étrangers;

2° Parce que ce serait porter une atteinte grave à la fortune privée;

3° Parce qu'un certain nombre des spécialités patronnées par les praticiens les plus distingués, les plus honorables ne doivent pas être confondues avec les mille amorces mensongères et coupables jetées chaque jour en pâture à la crédulité publique;

4° Parce qu'il s'est fait depuis un demi-siècle des modifications importantes dans nos mœurs et nos habitudes avec lesquelles il faut compter, et parce que la liberté, là comme ailleurs, est le meilleur remède contre le mal;

5° Parce que, enfin, cette loi, vous seriez incapables de l'appliquer.

Oui, croyez-moi, quoi que vous fassiez, vous ne tuerez pas l'annonce, parce qu'elle repose sur la crédulité, la puissance de l'obsession et l'idée fausse que se font les gens les plus instruits de ce qu'est la maladie, de ce qu'est le médicament. Vous n'empêcherez pas la foule ignorante de croire à la guérison du duc de Pluskow, maréchal de cour, de Mme la marquise de Bréhan et de 74,000 autres malades par cette fameuse farine qui tournait la tête à Esaü quand le monde était à son berceau; vous n'empêcherez pas les déclassés de la profession de faire croire qu'ils guérissent la cataracte en huit jours sans opérations; vous n'empêcherez pas de débarquer périodiquement sur la place de Paris un nouveau guérisseur de cancer; vous n'empêcherez pas le commerce malhonnête des eaux minérales, qui est devenu un véritable scandale; vous n'empêcherez même pas le charlatanisme scientifique lui-même, qui se glisse chaque jour au sein de nos Sociétés savantes; vous n'empêcherez pas enfin le vulgaire de vouloir être trompé. Voilà douze ans que je dis cela, ici, chaque semaine.

Croyez-moi donc encore une fois! laissez toutes ces vilenies à la porte de l'Académie, dont la dignité ne pourrait qu'en souffrir; laissez les négociants à leur négoce, qui n'a rien à voir avec la science.

Mais si, comme nous le croyons, la législation est impuissante pour combattre cette lèpre, *c'est à nous médecins, jaloux de l'honneur de la profession, de combattre partout où nous le pouvons, par la plume, par la parole et par l'exemple*, les méfaits de l'annonce et de la réclame; c'est à nous de repousser toute relation, toute compromission avec les forbans de notre art, qui oublient, je l'ai déjà dit, que, comme la femme de César, les gens de notre profession ne doivent pas même être soupçonnés, et qu'en dépit de Vespasien l'argent ne sent pas toujours bon et qu'il n'est pas permis de le gagner par toutes sortes de moyens.

Dr E. Decaisne.

—

Fédération médicale Belge

La prochaine assemblée de la Fédération médicale belge aura lieu le dimanche 28 septembre 1879, à Charleroi, à une heure, à l'Hôtel-de-Ville. — Délégués ou non, tous les médecins affiliés à la Fédération ont le droit, (en vertu de l'article 19 du réglement) de prendre part aux délibérations des assemblées générales : toutefois les délégués ont seuls le droit de voter.

Ordre du jour : A. A midi et demi, réception des sociétés fédérées à la gare par une députation de la Société de médecine de Charleroi. — B. A midi trois quarts, réunion à l'hôtel Dourin, rue du Collége (discours de bienvenue, vin d'honneur, punch). — C. A une heure, assemblée générale dans la grande salle de l'hôtel-de-ville. — D. Approbation du compte-rendu de l'assemblée générale, tenue à Mons, le 29 septembre 1878. — E. communication, à titre de renseignement, du procès-verbal de la dernière séance du conseil central (19 juin 1879). — F. Lecture de la correspondance. — G. Discours de M. Massen, président. — H. Rapport du secrétaire sur les travaux de la Fédération pendant l'année sociale 1878-1879. — I. Rapport de M. Goffin sur sa mission pour obtenir la réintégration des médecins agréés, désignés à la Fédération. — J. Questions qui ont été proprosées par des sociétés affiliées, et que le conseil central, dans sa réunion du 19 juin dernier, à fait porter à l'ordre du jour de septembre 1879. : 1° Répression du charlatanisme; 2° Prohibition des spécialités pharmaceutiques; 3° Des attri-

butions des sages-femmes au point de vue de l'humanité et des intérêts du corps médical; 4° Des moyens à employer pour obtenir la révision de la loi sur l'art de guérir; Délimitation des privilèges du médecin dans les cas de faillite. — K. Révision du règlement d'ordre intérieur de la Fédération médicale belge. — L. Reconstitution des diverses commissions formées au sein de la Fédération. — M. Exposé de la situation financière de la Fédération pendant l'année 1878-79.

CHRONIQUE

Curieuse statistique. — Le *Health family Magazine* nous donne de curieux détails statistiques sur la population de Londres. Parmi les 4,000,000 d'hommes venus de tous les points du globe, dont elle est composée, on compte : plus de catholiques romains qu'à Rome même, plus d'israëlites que dans la Palestine, plus d'Irlandais qu'à Dublin, plus d'habitants du pays de Galles qu'à Cardiff.

On compte 700 milles de terrain occupés par les squares, 7,600 par les rues (le mille anglais vaut 1,609 mètres). Dans ces 7.600, il y a environ 7 accidents par jour. Les registres de la police accusent tous les ans 117,000 crimes ou délits. 38,000 ivrognes sont traduits tous les ans devant les magistrats.

On calcule que dans la ville de Londres il y a une naissance toutes les 5 minutes, 1 décès toutes les 8 minutes, et que la population s'augmente annuellement de 45,000 âmes.

A quand le rapport avec Paris? *(Journal d'hygiène).*

Femmes médecins. — La *Gazette médicale de Saint-Pétersbourg* annonce que la commission chargée d'examiner quelle sera l'étendue de la pratique médicale, accordée aux femmes docteurs munies d'un titre régulier, n'a pas encore terminé ses travaux, mais que dans tous les cas, le gouvernement n'a pas l'intention d'interdire le droit de pratique. Nous croyons savoir que la majorité de la commission n'est pas pour l'équivalence complète des études et des diplômes; il faut attendre, en conséquence, la publication de son rapport et la décision du gouvernement, la question étant loin d'être résolue définitivement.

Arrêté concernant les élèves sages-femmes. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a pris l'arrêté suivant, dont les dispositions seront applicables à dater du 1er octobre 1879 :

Les aspirantes au titre d'élève sage-femme de 1re classe subissent un examen préparatoire portant sur les matières ci-après : 1° la lecture ; 2° l'orthographe (cette épreuve consiste en une dictée de vingt lignes de texte ; le maximum des fautes est fixé à cinq) ; 3° deux problèmes sur les quatre opérations fondamentales de l'arithmétique et portant spécialement sur les questions usuelles ; 4° notions élémentaires sur le système métrique.

Le jury de cet examen, qui est constitué par le recteur, est composé :

A Paris : du secrétaire de la Faculté de médecine, d'un inspecteur de l'enseignement primaire et d'une inspectrice des écoles.

Dans les départements : du secrétaire de la Faculté, d'un inspecteur primaire et de la directrice de l'Ecole normale primaire, ou d'une institutrice déléguée à cet effet.

Les dispositions ci dessus sont applicables aux aspirants et aspirantes au titre d'herboriste de 1re classe. L'examen d'admission au titre d herboriste de 1re classe comprend, indépendamment de la détermination des plantes usuelles, quelques notions élémentaires concernant le caractère de ces plantes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

DERNIÈRES NOUVEAUTÉS.

Peter (Michel). Leçons de clinique médicale, t. 2, 1 vol in-8 cart. . . . . . 15 fr. »

Pidoux (H.) Les lois de la circulation du sang, enseignées par l'anatomie comparée ; l'embryologie et l'observation clinique, 1 vol. in-8 broché. . . . 7 »

Gaillard (Thomas). Traité clinique des maladies des femmes, traduit par le Dr *Lutaud*, 1 vol. in-8 br. . . . . 16 »

De Sinety. Manuel pratique de gynécologie et de maladies des femmes, 1 vol. in-8 br. . . . . 13 »

Bouffé (F.) Recherches cliniques sur la diphthérie et de son traitement en particulier, in-8 br. 3 50

Playfer (W.-L). Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, traduit par le Dr Vermeil, 1 vol. in-8 br. 15 »

Jaccoud. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, t. 27. 10 »

Dechambre, Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1re série t. 23 1re partie. . . . . 6 »

Colin (Léon). Traité des maladies épidémiques, origine, évolution, prophylaxie, in-8. . . . . 16 »

Leyden, Traité clinique des maladies de la moelle épinière, traduit de l'allemand par les Drs Richard et Viry, 1 vol. in-8. . . . . 14 »

Péan, Leçons de clinique chirurgicale, professées à l'hôpital St-Louis, pendant les années 1875 et 1876, 1 vol. in-8. . 20 »

Guibout (E.) Nouvelles leçons cliniques sur les maladies de la peau, professées à l'hôpital St-Louis, 1 vol. in-8 br. . . 10 »

Martineau, Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes in-8. 14 »

Moitessier, Eléments de physique appliquée à la médecine et à la physiologie. Optique, 1 vol. in-18 cart. 7 50

Sichel (A.) Traité élémentaire d'ophthalmologie t. 1er, Maladies du globe oculaire, (Le t. 2 paraîtra prochainement) 1 vol. in-8. . . . . 18 »

Vulpian, Maladies du système nerveux. Leçons professées à la Faculté de médecine. Maladies de la moelle, 1 v. in-8. 16 »

Poulet, Traité des corps étrangers en chirurgie, 1 vol. in-8. . . . . 14 »

Ferrier (David). De la localisation des maladies cérébrales, traduit de l'anglais, 1 vol. . . . . 6 »

Balbiani, Leçons sur la génération des vertébrés, 1 vol. in-8 avec 6 planches en couleur (cours d'embryologie du collège de France). . . . . 15 »

Langlebert (Ed.) Lettres à Emile sur l'art de se préserver du mal vénérien et des charlatans qui l'expl. 1 v. in-12. 1 »

Vidal Solares, Estudio sobre la difteria, oportunidad y conveniencia de la traqueotomia en la forma crupal in-8. 6 »

Worthington (Sedain), de l'Obésité, 1 vol. in-8. . . . . 7 50

Murchison, La fièvre typhoïde, traduit de l'anglais, 1 vol. in-8. . . . . 10 »

Fournier (Alfred), La Syphilis du cerveau. Leçons cliniques. 1 vol. in-8. . 10 »

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 15 · 11 octobre 1879.

BULLETIN DE LA SEMAINE.

—

La séance de l'Académie de Médecine a été levée immédiatement après la lecture du discours prononcé par M. Lagneau sur la tombe de Devergie, mort à l'âge de 82 ans après une existence des plus remplies, consacrée toute entière au travail. C'est avec justice que M. Roger a rappelé le dévouement de Devergie aux intérêts de la savante compagnie, notamment à propos de la question de son installation.

C'est à ses réclamations persévérantes qu'est dûe la création des cours médico-légaux pratiques récemment inaugurés par M. Brouardel. Il se rattache à la presse par la fondation des « Annales d'Hygiène et de Médecine légale. » Parmi les nombreux mémoires qu'il a publiés, on doit citer ses importantes recherches sur la *docimasie pulmonaire,* sur les signes de *l'immersion et de la suspension pendant la vie, sur les causes de la mort subite* et sur la *responsabilité médicale.* Il a en outre publié un *traité de médecine légale théorique et pratique.*

« D'une énergie morale et d'une fermeté de caractère peu communes, dit M. Lagneau, il repoussait toute condescendance, toute considération extra-scientifique. Il n'avait qu'un but: découvrir la vérité et l'exprimer simplement. Il exposait le résultat de ses investigations sans en exagérer, sans en restreindre l'importance, quelle qu'en fût la conséquence pour l'accusation ou la défense. Scrupuleux observateur des obligations professionnelles, ce regretté collègue peut être donné en modèle aux nombreux médecins appelés à éclairer la justice. Homme de science, homme du devoir, son souvenir restera comme la personnification du savoir et de la droiture en médecine légale. Heureux celui qui, durant sa vie, n'a mérité qu'estime et respect, qui, après sa mort, laisse un nom de tous honoré ! »

REVUES GÉNÉRALES

TRAITEMENT DES TUBERCULEUX.

—

(*Suite*)

THÉRAPEUTIQUE. — *Traitement des sueurs.* — Les tuberculeux, dit M. Peter, *suent* parce qu'ils ont de la fièvre, ils suent parce qu'ils dorment, ils suent encore parce qu'ils vont mourir. Les sueurs de la fièvre se rattachent aux exacerbations fébriles et ne constituent qu'un stade de l'accès; les sueurs nocturnes ou plutôt les sueurs du *réveil* sont plus intimement liées à la tuberculisation en elle-même, tandis que les sueurs de la mort, les sueurs *colliquatives* sont le signe de la cachexie arrivée à sa période ultime.

Cette distinction a une importance pratique au point de la thérapeutique. Les sueurs liées à une exacerbation fébrile doivent être traitées, comme l'accès fébrile, dont elles sont le premier stade, par le sulfate de quinine à la dose de 25 à 50 centigrammes. Le savant clinicien insiste sur ce mot d'*exacerbation fébrile.* La fièvre continue tuberculeuse n'est, en effet, nullement justiciable du sulfate de quinine.

Les *sueurs nocturnes,* que M. Peter appelle les sueurs du réveil, ont une origine difficilement explicable.

Les moyens thérapeutiques à employer sont internes ou externes. Comme traitement interne M. Peter place, en première ligne, l'*agaric blanc,* étudié par Andral qui avait reconnu, après de Haën, que ce médicament pouvait être administré jusqu'à la dose de deux grammes sans éveiller la susceptibilité du tube digestif.

Trousseau donnait 20 centigrammes d'agaric deux heures avant le coucher et presque toujours le résultat était satisfaisant. M. Peter l'emploie aussi à cette dose et n'a jamais eu besoin de la passer dose. L'agaric épuise son action au bout de très peu de temps et si on y a recours de nouveau, il peut arriver qu'il soit désormais impuissant.

Pour Lebert, l'agaric blanc est un remède dont il faut se défier, car il est loin d'être anodin.

L'agaric est, en effet, un purgatif drastique et même émétique. Selon Gubler, il ne diminuerait es sueurs qu'en produisant une dérivation du côté de l'intestin.

Suivant M. Potain, l'agaric doit ses propriétés thérapeutique aux matières résineuses qu'il contient, car à l'aide de ces matières il a obtenu les mêmes effets qu'on obtient avec la poudre d'agaric ellemême L'action des résines de l'agaric s'est toujours manifestée, dans les expériences de M. Potain, sans trouble appréciable du côté des voies digestives.

L'acétate de plomb uni à l'opium a été vanté

comme anti-sudoral. Ce sel peut, à la longue, produire des effets toxiques. De plus, il est infidèle dans ses effets.

Lebert prescrit l'acétate de plomb à 6 centigrammes le soir, ou plusieurs fois 6 à 10 centigrammes dans la journée.

Le tannin a été surtout préconisé par M. Charvet de Grenoble en 1840. A côté de ce médicament se placent la *noix de galle*, le *cachou*, le *kino*, le *monesia* et enfin le *ratanhia*. «La tisane de ratanhia, dit M. Fonssagrives, est le moyen auquel nous nous sommes arrêté et que nous employons maintenant à l'exclusion de tous les autres, et il nous arrivait journellement, dans notre service de l'hôpital de Brest, de faire remarquer avec quelle rapidité cette sorte de diabète sudoral qui fatigue et affaiblit tous les malades, diminue et disparaît au bout de quelques jours de l'usage de cette tisane. »

Voici la formule de M. Fonssagrives :

Racine de rantanhia,	20 grammes.
Eau,	1 litre.

Edulcorée avec sirop de coings.

Le tannin s'emploie quelquefois sous forme pilulaire associé à l'extrait d'opium.

M. Delioux de Savignac a substitué au tannin, le tannate de quinine en poudre à la dose de 0,50 à 1 gramme en trois ou quatre prises, à prendre par intervalle dans l'après-midi ou au commencement de la soirée, de façon que la dernière soit consommée trois ou quatre heures avant le sommeil. M. Vulpian a aussi expérimenté ce médicament, mais malgré quelques résultats heureux, il a abandonné son emploi et lui préfère maintenant le sulfate d'atropine.

C'est M. le professeur Vulpian qui a introduit en France le sulfate d'atropine d'abord expérimenté en Angleterre par Sydney-Ringer et en Amérique par Wilson. Ce médicament réussit *même aux périodes extrêmes de la maladie* et présente des inconvénients de peu d'importance ; ils consistent en une sécheresse de la gorge, très légère, et dont les malades ne se plaignent pas, et en des troubles oculaires peu appréciables. C'est sous forme de pilules que M. Vulpian préfère donner le sulfate d'atropine. Il commence par une pilule d'un demi-milligramme et va jusqu'à deux ou trois. On administre l'atrophine environ deux heures avant le début présumé des sueurs et on continue, en général, le traitement pendant une dizaine de jours, pour obtenir un résultat durable.

Selon M. Vulpian, l'atropine agirait sur les glandes sudoripares de la même manière que sur les glandes salivaires dont elle supprime la sécrétion en paralysant momentanément les filets sympathiques qui se rendent aux glandes sudoripares comme aux glandes salivaires.

Comme traitement externe des sueurs des phthisiques, M. Peter pratique et conseille un moyen peu connu en France, qu'il qualifie de très révolutionnaire. Il s'agit de lotions d'eau vinaigrée sur tout le corps.

« J'ai été guidé ici par cette idée que les tuberculeux ont surtout besoin d'être tonifiés et que l'hydrothérapie est le tonique général par excellence ; mais c'est là, ajoute M. Peter, une pratique dangereuse pour qui ne sait pas bien la diriger. »

C'est pourquoi le savant médecin de la Pitié se borne à l'emploi des lotions générales qui lui ont donné des résultats des plus satisfaisants, en arrêtant complétement les sueurs, et qui, même hors de ces cas, ont toujours eu des avantages, soit au point de vue de la toux, soit au point de vue de la température.

Le Dr Robert Druitt (de Londres), a recommandé des lotions avec de l'eau aussi chaude qu'on peut la supporter, sur les parties qui sont surtout le siége de la sueur, la peau rougit vivement, devient luisante, et la transpiration s'arrête complètement pendant quelques heures, mais il faut que la transpiration soit localisée et qu'elle ne soit pas précédée de paroxysmes fébriles réguliers.

Le Dr Mosse affirme avoir arrêté les sueurs profuses à l'aide de frictions faites avec de l'huile sur toutes les parties du corps. Les frictions faites avec du lard sur la poitrine et sur le reste du corps, qui ont été tant recommandées et préconisées notamment par Spelsburg, dit Lebert, sont quelquefois bonnes contre les sueurs nocturnes, mais, le plus souvent, elles sont sans utilité et elles sont toujours malpropres (Dr E. Pierre Th. de Nancy, 1879).

En somme, il résulte de tout ceci, ce fait bien indiqué par M. Peter qu'il faut solliciter le fonctionnement de la surface cutanée et qui, dans la pratique, il faut proportionner le moyen à employer dans ce but à la résistance de l'individu, à la période de l'évolution du tubercule, et enfin à la répugnance du malade ou de son entourage.

Traitement de la toux. — La toux du tuberculeux, est due tout d'abord à la présence de la granulation tuberculeuse qui détermine une irritation de voisinage, « mais la granulation ne peut être expectorée, c'est là une *toux sèche*, sans résultat, sans but utile. »

A une période plus avancée, lorsqu'il y a congestion périphymique et ramollissement, il y a alors un produit morbide à rejeter : « la toux n'est plus un non-sens.

Quand la toux est sèche, l'indication est de com-

battre l'élément nerveux ; quand il y a de l'expectoration, elle est encore d'amoindrir la sécrétion morbide

M. Peter s'élève contre les doses « assommantes » d'opium qu'on prescrit généralement. La toux est calmée, mais le malade se réveille, le matin, encore narcotisé, il perd l'appétit, et est plongé dans l'état nauséeux et ses sueurs sont augmentées.

On donne la morphine, àdose ordinaire puis on arrive peu à peu à doubler à tripler les doses sans produire d'effets,car peu à peu aussi la tolérance s'établit.

L'opium doit être associé à la belladone, que la toux soit suivie ou non d'expectoration. On commence d'abord par prescrire une ou deux pilules contenant 1 centigrame d'extrait d'opium et un demi centigramme d'extrait de belladone, puis s'il n'y a pas d'effet produit on augmente la dose. Chez tous les malades, M. Peter a vu se produire un effet plus ou moins complet. Ces pilules réussissent encore dans certains cas de bronchite chronique.

Les balsamiques sont indiqués pour diminuer, sinon tarir la sécrétion, M. Peter donne habituellement le sirop de tolu associé au sirop de thérébentine à la dose de 30 grammes chacun.

Mais il arrive que la toux du tuberculeux est suivie de *vomissements*. Dans la toux avec expectoration ce sont les filets bronchiques du pneumogastrique qui étaient irrités ; dans la toux avec vomissements ce sont ceux qui se rendent à la muqueuse de l'estomac. Dans le premier cas il y a un produit morbide de sécrétion à rejeter, dans le second cas ce sont les aliments qui jouent le même rôle.

C'est donc une *toux gastrique* dont le point de départ est dans l'estomac. C'est une erreur que d'attribuer au seul effort de toux le rejet des matières alimentaires. Chez l'asthmatique par exemple, il y a des quintes de toux effrayantes de violence, et cependant on ne voit jamais survenir de vomissements à leur suite, il n'en est pas de même dans la phthisie.

C'est donc bien, dans ce dernier cas, à un état d'irritabilité de la muqueuse stomacale qu'est dû le vomissement. Il doit donc suffire de calmer cette irritation pour arrêter les vomissements.

Immédiatement avant chaque repas, M. Peter fait prendre une goutte de laudanum dans une petite cuillerée d'eau ou encore une solution de 1 milligramme de morphine pour 5 grammes d'eau. La forme pilulaire sera proscrite par la raison que la dissolution seule de la pilule serait une nouvelle cause d'irritation pour l'estomac. De plus, sous la forme liquide l'absorption est plus rapide et l'effet thérapeutique plus prompt à se produire.

Les vomissements arrêtés, il reste à traiter cette dyspepsie, caractérisée par cette forme particulière à laquelle on donne le nom de « pesanteur d'estomac. »

M. Peter suit sur ce point la méthode indiquée par Trousseau.

A la fin de chaque repas, il fait prendre deux à trois gouttes d'acide chlorhydrique diluées dans deux ou trois cuillerées d'eau.

Il est extrêmement consolant, dit, à ce propos, l'éminent clinicien, de voir qu'on peut enrayer l'évolution de la phthisie en mettant un terme aux vomissements et à la dyspepsie.

Il arrive cependant que le laudanum est impuissant à arrêter les vomissements. C'est lorsque le trouble du pneumogastrique stomacal s'est élevé jusqu'à la gastralgie. Dans ce cas on appliquera un petit vésicatoire de 5 centimètres carrés sur l'épigastre, concurremment avec de petites doses d'opiacés à l'intérieur.

Parfois on a affaire à une véritable gastrorrhée douloureuse. Chaque matin le malade rend un liquide filant et transparent mélangé de bile; les digestions sont difficiles, pénibles et il y a un peu d'anorexie. Dans ce cas, on peut prescrire avec avantage un paquet de la poudre suivante :

Sous-nitrate de bismuth. . . 10 gr.
Opium brut. . . . . 0,10 centig.
En cinq paquets.

En outre, on fait prendre après le repas, deux gouttes d'acide chlorhydrique.

De faibles doses réussissent très-bien, pourvu qu'on ait soin de les faire prendre immédiatement avant le repas.

Les gouttes amères de Baumé (2 à 3 gouttes) rendent encore de grands services prises avant les repas. On agit ainsi en excitant les contractions de la tunique musculaire de l'estomac par la strychnine, en même temps qu'on excite la sensibilité de la muqueuse par les principes amers des gouttes de Baumé. En outre ce médicament a cet immense avantage d'agir sous un minime volume.

Quand tous ces moyens ont échoué, il reste un médicament préconisé par M. le Dr Tripier contre les vomissements des phthisiques : il s'agit de l'alcool à raison de 60 grammes pour 100 en potion.

Traitement de la diarrhée. — La diarrhée des phthisiques est moins fréquente qu'on ne l'a dit. Quand elle existe, elle reconnaît des causes diverses qui indiquent des remèdes différents. Ou bien c'est une diarrhée catarrhale, par surcharge alimentaire et insuffisance digestive, ou encore par ulcération intestinale, diarrhée colliquative.

La diarrhée catarrhale réclame tout d'abord un régime approprié. On emploie aussi le sous-nitrate

de bismuth à la dose de 5 à 10 grammes par jour donné par paquets de 1 gramme à la fois, soit dans du pain azyme, soit délayé dans de l'eau.

Lorsque la diarrhée est due à une surcharge alimentaire ou médicamenteuse (huile de foie de Morue-Laitage), le régime doit être modifié. Le lait sera additionné d'une cuillerée à café d'eau de chaux par tasse, ou bien en fera prendre précédemment 1 gramme de sous-nitrate de bismuth.

Quand il y a gastro-entérite ou entérite la médition est plus complexe ; le régime alimentaire, consistera en petite quantité de lait, œuf à la coque sans pain, ou poché dans du bouillon, viande crue rapée par 20 grammes à la fois.

D'autre part, vésicatoire volant à l'épigastre; on fera prendre du bismuth associé à l'opium (bismuth 1 gramme, opium 1 centigramme). Le laudanum de Sydenham à la dose de 1 à 2 gouttes quatre à cinq fois par jour par la voie gastrique, en même temps qu'on fera administrer deux lavements par jour avec 5 à 10 gouttes.

A ces moyens on joindra une énergique révulsion sur le ventre, en l'excitant matin et soir par des frictions sèches à la flanelle, avec du baume de fiorarenti, de l'eau de cologne ou de mélisse, ou encore on appliquera sur l'abdomen et successivement trois, quatre ou cinq vésicatoires volants de 6 centimètres sur 5, à quatre ou cinq jours d'intervalle, et pendant une dizaine d'heures.

Ces vésicatoires réussissent encore même quand il y a des ulcérations tuberculeuses.

Contre cette dernière cause de la diarrhée, on peut employer le nitrate d'argent en pilules de 1 centigr. Le premier jour M. Peter donne 1 centigramme puis il augmente progressivement jusqu'à 4 ou 5 pilules. Graves, en pareil cas, donnait parfois de 14 à 25 centigrammes.

Il arrive un moment ou ces moyens sont impuissants. « Il n'y a plus qu'a assister, passif et impuissant, à ce phénomène terminal. »

(*A suivre.*)

QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA SYPHILIS.

I

Sans vouloir décrire d'une façon complète la syphilis, nous croyons devoir appeler l'attention sur certains points de cette affection qui ne sont pas encore complètement entrés dans la pratique.

Tout d'abord nous parlerons du chancre, accident primitif, manifestation première de l'infection syphilitique.

Ce chancre est loin de présenter toujours les caractères classiques qu'on trouve décrits dans les livres.

C'est ainsi qu'on le considère, bien à tort, comme étant toujours solitaire. D'où ce dicton qui a eu, pour ainsi dire, force de loi pendant bien longtemps : chancre unique — chancre infectant ; chancres multiples — chancres simples.

Même encore aujourd'hui, certaines personnes ne mettraient jamais l'épithéte de syphilitique sur deux chancres qui se rencontreraient sur le même individu.

Erreur grave et préjudiciable à plus d'un titre, car elle empêche d'instituer le traitement antisyphilitique à ce malade ; traitement qui doit toujours, et dans tous les cas. être appliqué de la façon la plus absolue, immédiatement aussitôt l'apparition du chancre.

A vrai dire, tous les auteurs qui se sont occupés de syphilis, MM. Follin, Ricord, Mauriac, Fournier, A. Martin, Horteloup, Simonnet, etc. ont toujours appelé l'attention des médecins sur la pluralité du chancre infectant, non seulement sur le même organe, mais encore sur des régions éloignées les unes des autres. Ainsi que nous en citerons plus loin quelques cas.

Pour ce qui est de la pluralité de l'accident primitif, nous avons été à même d'en observer de nombreux cas pendant le temps que nous avons passé à l'Hôpital du Midi, dans le service de notre maître M. le Dr Mauriac.

Comme preuve de ce que nous avançons nous allons en donner quelques exemples.

D'abord de la *pluralité des chancres siègeant sur le même organe ;*

Puis de la *pluralité des chancres siègeant sur des règions différentes.*

Voici d'abord le premier cas :

Chancres multiples siégeant sur le même organe.

Mais, auparavant, nous devons prévenir nos lecteurs que la pluralité du chancre n'implique absolument en rien une gravité plus grande de la syphilis, pas plus qu'une éclosion plus rapide des accidents consécutifs.

1 P... 7 chancres du prépuce.

2 C... 4 chancres du gland en avril 1874, rien pendant 2 ans. en 1876 éruption syphilitique du tronc et plaques muqueuses de la gorge.

3 G... 5 chancres du fourreau et du gland, roséole 22 jours après.

4 G... 7 { 5 chancres du fourreau. 2 chancres du sillon balano-préputial.

5 X... 2 chancres du filet, le malade eut en même temps la variole.

6 B... 9 { 7 du fourreau. 2 du gland.

7 M... 2 { 1 du fourreau. 1 du sillon.
Balano-posthite. Roséole trois semaines après.

8 V... 4 chancres.

9 B... 5 { 2 du fourreau. 1 du gland.

10 L... 10 du fourreau.

11 N... 4 { 2 du fourreau.
2 du gland. Roséole un mois après.

12 R... 3 chancres du sillon balano-préputial. — Plaques muqueuses du gland.

13 P... 2 { 1 du limbe préputial.
1 du gland.

Roséole trois mois après. — Syphilide 10 jours après la roséole.

14 G... 5 chancres sous-préputiaux.

Roséole trois mois après. — Syphilide de la face et du tronc. — — Plaques muqueuses du nez et de l'anus.

Un mois après, syphilide vésiculeuse.

15 G... 16 chancres de la rainure.

Comme complément de cette énumération, voici des faits de chancres multiples éloignés les uns des autres.

16 H... 2 { 1 du fourreau.
1 du pli de l'aine.

Un mois après plaques muqueuses du gland et de la gorge. — Roséole.

17 M... 5 { 2 du fourreau de la verge.
1 de la lèvre inférieure.
2 sur les amygdales.

Ces quelques exemples suffiront à prouver ce que nous avancions au début de cet article sur la pluralité du chancre infectant.

On voit aussi que la multiplicité des chancres n'influe en rien sur la gravité du pronostic. L'éclosion de tous ces accidents, sur plusieurs points différents, tient à ce qu'il y a eu plusieurs portes d'entrée ouvertes au virus syphilitique, voilà tout.

Nous avons vu un malade qui avait eu quatre chancres infectants et qui, pendant deux ans, n'eut aucun accident, à part les accidents qui apparaissent toujours après le chancre, tels que : roséole et plaques muqueuses ; tandis que, par contre, nous avons vu des malades qui, porteurs d'un seul chancre infectant de dimension très minime, eurent des accidents précoces très graves et nécessitant un traitement très énergique.

On peut d'ailleurs voir, par l'énumération que nous avons donnée, qu'il n'y a qu'un ou deux malades, les nos 13 et 14. qui aient réellement eu des accidents tertiaires précoces.

Ainsi donc, nous devons bannir de la clinique ce fait que le chancre infectant est ordinairement solitaire. C'est, pour ainsi dire, le contraire qui aurait lieu plutôt.

Quant à son aspect, on l'a toujours décrit comme présentant une très légère saillie au dessus des tissus voisins, à peine ulcéré, d'une couleur tantôt cuivrée, tantôt rouge sombre, même avec des variations de teintes allant du centre à la périphérie.

Certes, c'est un de ses bons caractères, mais il est utile de savoir qu'il ne se présente pas toujours avec cette apparence.

Il en est de même pour l'induration, d'où le nom de *chancre induré* sous lequel on le désigne quelquefois, mais ce caractère même n'est pas constant. Nous y reviendrons.

Nombre de fois nous avons vu des chancres infectants creusés comme à l'emporte-pièce, d'autres fois avec les bords irréguliers, déchiquetés, avec un fond sanieux, offrant, en un mot, tous les caractères que l'on a assignés au chancre simple.

Dans d'autres cas, le chancre syphilitique se présente sous forme d'une grosse papule faisant une saillie de 4 ou 5 millimètres au-dessus des parties voisines.

Tantôt enfin il est creusé dans les tissus jusqu'à une profondeur de 8 à 10 millimètres, sans cependant présenter les caractères phadégéniques. Nous aurons occasion de reparler de ces derniers.

D'autres fois, il se présente avec les caractères d'une simple éraillure comme si on avait arraché la peau avec l'ongle.

Nous l'avons vu, offrant à s'y méprendre, l'aspect d'une plaie scharrhotique.

Tous ces caractères variés, que nous venons de passer en revue appartiennent à des chancres situés, on peut dire, au lieu d'élection sur le gland, sur la muqueuse balano-préputiale.

Si maintenant nous examinons des chancres situés sur tout autre point, les caractères seront encore bien plus différents, surtout s'il s'agit de chancres extra-génitaux.

Mais avant de parler de ces derniers, examinons d'autres chancres situés sur la verge, les chancres du fourreau par exemple.

Ces chancres présentent, presque toujours, le caractère d'une érosion d'où leur nom de *chancres érosifs* et comme forme ils offrent une très grande variété ; ainsi tantôt ils sont parfaitement circulaires, d'autre fois ils ont une forme allongée à contours irrégulièrement dessinés.

Mais un de leurs caractères prédominants est l'absence d'induration, où si elle existe, elle offre la sensation d'une feuille de parchemin glissée entre les tissus d'où la dénomination d'*induration parcheminée*.

Puisque nous parlons d'induration, examinons ce caractère en quelque mots.

L'induration, avons-nous dit plus haut n'est pas constante dans le chancre du gland ou du reflet balano-préputial.

Elle ne se montre quelquefois que tardivement, parfois, rarement il est vrai, elle ne se montre jamais, par exemple dans des cas de « *chancre nain,* » ou de « *chancre herpétiforme.* »

Mais quand l'induration existe, elle offre la sensation d'un noyau logé dans les tissus, elle est souvent renittente, semblable à du caoutchouc, et presque toujours indolore.

Cependant l'induration, seule, ne servirait pas à établir le diagnostic dans un cas douteux, car elle se montre également parfois dans le *chancre simple* ; elle n'offre pas toujours dans ces cas cette induration ligneuse dont nous parlons plus haut, mais elle existe, surtout si l'on a fait quelques cautérisations d'azotate d'argent ; aussi la dénomination de *chancre mou,* nous semble-t-elle mauvaise puisqu'elle implique l'idée d'absence d'induration, caractère qui peut appartenir aux deux chancres.

Et, à notre avis, il est bien préférable de désigner le chancre syphilitique par le nom de *chancre infectant* et l'autre chancre par le nom de *chancre*

simple. Les dénominations de *chancre induré* et *chancre mou*, consacrées, il est vrai, par un long usage, étant absolument sans valeur.

Quel est donc ou plutôt quels sont donc les caractères propres au chancre infectant ?

Tout d'abord, il y a l'aspect, aspect qui n'appartient qu'à lui, — nous parlons d'un cas type, car il n'est pas possible de le confondre avec un chancre simple. — Cet aspect est celui d'une papule plate dont la dimension peut varier d'un demi-centimètre à trois centimètres, s'étalant sur les tissus, tranchant nettement avec eux et ayant toujours une surface luisante, comme vernissée.

Puis il y a le produit de la sécrétion.

Celle-ci, plus ou moins abondante, est séro-gommée, quelquefois limpide, parfois légèrement roussâtre

L'induration qui se montre dans la majorité des cas est également un des caractères, mais il ne faudrait pas trop s'y arrêter.

Puis enfin nous avons le seul caractére qui le distingue absolument du chancre simple quand on peut obtenir des renseignements, c'est la durée de l'incubation. C'est là, à proprement parler, le seul et vrai signe diagnostic différentiel entre les deux chancres.

Chancre infectant. — Incubation longue.

Chancre simple. — Incubation courte.

Ceci nous améne à parler de la durée de l'incubation.

L'incubation n'a pas besoin d'être définie, c'est le temps qui s'écoule entre le moment où le sujet a été infecté et le moment où apparaît le chancre.

Tout le monde est d'accord sur ce point : l'incubation du chancre infectant est longue, quelquefois même extraordinairement longue.

La moyenne est de 25 à 35 jours. Nous en avons vu de 60, 90 et même 120 jours. Ces cas sont rares, mais ils existent, et précisément leur rareté doit mettre en garde contre la certitude d'indemnité aprés un coït suspect.

Nous avons vu, pour notre part, à l'hôpital du Midi, deux malades atteints de blennorrhagie, chez lesquels cette dernière affection a pu évoluer complètement au point que les malades, radicalement guéris, allaient sortir de l'hôpital, quand ils ont vu apparaître l'un et l'autre un chancre infectant, qui avait, pour ainsi dire, couvé pendant tout le temps de leur blennorrhagie. L'un même eut un phimosis consécutif à son chancre. C'est une complication du chancre sur laquelle nous reviendrons à fond, car le phimosis peut quelquefois laisser passer le chancre inaperçu, et pas n'est besoin d'insister sur la gravité de cette complication, puisqu'elle empêche d'instituer le traitement anti-syphilitique, duquel dépend selon nous la gravité ou l'innocuité de la syphilis. Dr J.-A. Rizat.

PATHOLOGIE MÉDICALE.

Etude clinique sur les hémorrhagies dans la coqueluche et principalement sur l'hémoptysie et la pseudo-hémoptysie.

Nous analysons aujourd'hui le travail si éminemment clinique de M. H. Roger, pensant ainsi être utile et agréable à nos lecteurs.

Au moment de la quinte coqueluchiale, par le fait de la toux et de la dyspnée, la face du coquelucheux rougit et se gonfle, c'est-à-dire qu'elle se congestionne. Si l'accès se prolonge et se compose d'un grand nombre de reprises, l'enfant suffoque et se pâme ; la face devient violacée, bleuâtre, turgescente ; les lévres, la langue, la muqueuse buccale et même les conjectives sont cyanosées (en même temps que les larmes coulent le long des joues, et que des mucosités filantes sont expulsées par la bouche et par le nez). Ces phénomènes ont pour cause l'entrave qu'apportent à la circulation veineuse les efforts de la toux, d'une part, et, d'autre part, la suspension de l'acte respiratoire pendant le spasme des voies aériennes. Sous l'influence de cette stase vasculaire, toute mécanique. le sang s'accumule dans les veines et dans les vaisseaux capillaires qu'il distend ; des congestions intenses et multiples se produisent ; or, de la congestion à l'hémorrhagie la transition est facile ; aussi les *hémorrhagies* sont-elles fréquentes dans le cours de la *coqueluche.*

Pour que l'hyperhémie, produite par la quinte, puisse aboutir à des ruptures vasculaires. il est souvent besoin, surtout si les vaisseaux qui se rompent sont ceux du derme cutané ou d'une membrane muqueuse résistante, qu'un *processus irritatif* ait altéré préalablement les *parois des capillaires.*

Dans un grand nombre de cas, la congestion s'accompagne vraisemblablement d'une *altération du sang* qui rend les hémorrhagies plus faciles et plus abondantes. Cette dyscrasie reconnaît plusieurs causes : l'imperfection de l'hématose qu'entraîne une coqueluche longue, intense, et compliquée souvent de congestion pulmonaire ou de bronchiopneumonie ; les troubles de la nutrition pervertie par des vomissements répétés ; les désordres de l'innervation et l'affaissement qui succèdent aux quintes prolongées. Par le concours de ces actions dépressives, le sang finit par s'appauvrir et par perdre de sa plasticité.

Tantôt les hémorrhagies se font *à la surface d'une membrane muqueuse* et le sang coule à l'extérieur ; tantôt elles se produisent dans le *tissu conjonctif* sous-cutané ou sous-muqueux ; tantôt elles se manifestent à la surface d'une *plaie* ou d'une *ulcération* ; plus rarement elles ont pour siège une *cavité viscérale* ou une *poche séreuse* ; et c'est exceptionnellement que le sang s'infiltre dans un *parenchyme.*

M. H. Roger passe en revue ces hémorrhagies diverses.

A. — *Epistaxis.* — Les extravasions sanguines ne se font pas indifféremment par toutes les muqueuses ; l'hémorrhagie par la pituitaire étant, pour quelques enfants, une espéce d'habitude morbide, l'*épistaxis* doit être, et elle est en effet la plus fréquente des hémorrhagies dues à la coqueluche.

Souvent l'épistaxis est si légére que certains auteurs ont pu la considérer plutôt comme un soulagement que comme un accident. A la fin d'une forte quinte, quelques gouttes de sang se mélangent aux mucosités rejetées par le nez, et l'écoulement s'arrête sitôt la quinte finie : mais, d'autres fois, l'hémorrhagie prend le caractère d'une véritable *complication.* D'abord elle succède seulement aux

quintes les plus fortes, puis à la plupart, sinon à toutes ; liée intimement à la congestion exagérée de la pituitaire, elle cesse quand disparaît l'hyperhémie qu'a produite l'accès de la toux. Mais bientôt cet écoulement sanguin, fréquemment répété, affaiblit le petit malade ; le sang perd de sa plasticité ; l'hémorrhagie persiste après que la congestion consécutive à la quinte à cessé, et elle s'arrête avec peine; plus tard encore elle devient permanente, tenace, menaçante même par sa persistance, et l'on est obligé de la combattre par les substantes astringentes ou par le tamponnement. C'est dans ces circonstances que les épistaxis, par leur abondance et leur répétition, peuvent devenir un sérieux accident; comme par un cercle vicieux, l'hémorrhagie augmente l'appauvrissement du sang, et cet appauvrissement amène le retour des hemorragies.

Au point de vue de l'altération du liquide sanguin, Frank a pu dire que l'épistaxis qui succède aux quintes était moins grave que celle qui se montre dans leurs intervalles, l'une étant plutôt mécanique, et l'autre, pathologique à un plus haut degré. Seulement la remarque n'est pas très pratique, l'hémorrhagie de la pituitaire, alors même que le sang est altéré d'une façon primitive ou secondaire, ne se produisant guère en dehors des secousses de la toux convulsive.

M. Roger rapporte trois observations fort remarquables par la *répétition des épistaxis* et par leur *abondance* (une petite malade perdit un kilogramme de sang dans les vingt-quatre heures). Dans un de ces cas, le sang avait *les caractères du sang hémoptoïque.*

B. — *Ecchymoses sous-conjonctivales, palpébrales, etc.* — *L'hémorrhagie sous-conjonctivale* n'est pas un accident rare ; on est parfois étonné de voir, au réveil du coquelucheux, une suffusion sanguine de la conjonctive oculaire, de l'un ou de l'autre côté; je l'ai notée chez plusieurs. C'est une extravasation de sang dans le tissu conjonctif sous-muqueux, une véritable *ecchymose.* Il n'en résulte aucune douleur, ni trouble de la vision ; le petit malade n'en ressent absolument rien, ni au moment où l'hémorrhagie se produit, ni pendant tout le temps qu'elle dure (une à quatre semaines). Rarement la conjonctive est soulevée en forme de bourrelet autour de la cornée de façon à constituer un chémosis qui gênerait les mouvements du globe oculaire.

Cette ecchymose sous-conjonctivale se fait évidemment pendant une des *vives secousses* de la toux convulsive, et la chance devrait en être plus grande dans les coqueluches à quintes violentes et nombreuses ; cependant il n'en est pas toujours ainsi, et, soit hasard, soit condition morbide méconnue, cet incident m'a paru se rencontrer dans les coqueluches moyennes aussi bien que dans les très graves. — J'ai vu, chez une petite fille de trois ans, une ecchymose se produire sous la conjonctive, dans les premiers jours d'une coqueluche légère qui était très améliorée au bout de quatre semaines. Ce qu'il y a de positif, c'est que l'hémorrhagie est monoculaire, beaucoup plus souvent que bi-oculaire ; et, de plus, à l'inverse des autres extravasations sanguines (de l'épistaxis en particulier), elle ne se renouvelle pas dans les quintes ultérieures, quoique ces quintes puissent être plus fortes que celle où l'ecchymose s'est produite.

Formée soudainement, sans aucun symptôme sérieux, concomitant ou secondaire, l'infiltration sanguine disparaît assez vite, et elle est de résorption facile. — Si elle est sans importance pronostique, elle peut avoir, dans quelques circonstances, une certaine *valeur sémiotique :* chez l'enfant, comme elle apparaît très rarement dans des états morbides autres que la coqueluche (sauf, bien entendu, le cas de traumatisme), elle peut devenir un signe indicateur de cette maladie que des quintes pathognomoniques vont bientôt affirmer.

Le *sang* peut également *s'infiltrer dans le tissu cellulaire des paupières.* On voit alors ces voiles membraneux passer successivement par les colorations variées de l'ecchymose, du rouge foncé au rouge violacé, au brun, au jaune verdâtre, suivant les phases diverses de la résorption.

Chez un coquelucheux dont j'ai le portrait dans mon album pathologique, les deux yeux étaient ainsi entourés d'un cercle coloré en rouge bleuâtre et d'une régularité parfaite. L'extravasation sanguine était disposée de telle sorte qu'on aurait dit une peinture artificielle.

Dans une autre observation se trouvaient réunies et l'infiltration des paupières et l'ecchymose conjonctivale :

C. — *Hémorrhagies diverses, oculaires, auriculaires, etc.* — Une *hémorrhagie* plus rare est celle qui s'effectuerait *à la surface de la conjonctive.* Trousseau (le grand praticien professeur, qui parfois était trop ami du pittoresque et du merveilleux) dit avoir vu un enfant de deux ans qui pleurait *des larmes de sang.* On comprend, à la rigueur, que la turgescence de la conjonctive produise une hémorrhagie à la surface libre de cette membrane comme elle en produit assez souvent à sa surface adhérente, et que le sang s'échappe au dehors sous forme de larmes dans le premier cas, comme il s'épanche, dans le second, sous forme d'ecchymose. Mais c'est un fait exceptionnel que je n'ai jamais rencontré : il s'agissait vraisemblablement chez le coquelucheux de Trousseau d'une hémorrhagie par la conjonctive et non pas d'une secrétion sanglante par la glande lacrymale ; ces *pleurs de sang* ne sont sans doute qu'une image poétique (comme dans Virgile qui fait pleurer l'ivoire : *Illacrymat templis ebur*).

Il est moins extraordinaire de voir des *plaies* de la face, une excoriation des lèvres, une pustule ulcérée de la joue, saigner plus ou moins au moment de la quinte, surtout quand celle-ci est forte. Joseph Frank mentionne un exemple d'hémorrhagie abondante par suite d'une déchirure de la *commissure des lèvres.* — Trousseau parle d'une jeune femme chez laquelle un *nævus maternus,* placé au-dessous de l'œil gauche, laissait suinter de petites gouttelettes de sang pendant chaque quinte.

M. Roger a observé un enfant de quatre ans qui portait sur le côté gauche de la lèvre inférieure une *tumeur érectile* du volume d'une noisette. Cette tumeur devenait rouge et turgescente à chaque quinte de coqueluche, mais elle ne laissait pas couler de sang à sa surface.

Certaines hémorrhagies peuvent encore être pro-

voquées ou rappelées par les quintes, et constituer alors des accidents sérieux :

Un enfant de trois ans présenta, dans le cours d'une *coqueluche* très forte, un *abcès ganglionnaire* qui s'ouvrit spontanément. Des hémorrhagies abondantes se firent par l'ouverture de l'abcès, et l'enfant mourut épuisé, quatre jours plus tard.

Otorrhagie.— Une hémorrhagie curieuse est celle qui se fait par le *conduit auditif externe.* Joseph Frank l'a signalée laconiquement : « Le sang coule parfois, dit-il, par le nez, la bouche, et quelquefois par les oreilles. » MM. Rilliet et Barthez ne l'ont point observée, ou du moins n'en citent pas d'exemple dans leur excellent traité ; Trousseau ne la mentionne même pas.

J'ai vu, à l'hôpital des Enfants, une petite fille, qui avait, depuis trois semaines, une *coqueluche* très intense, très catarrhale ; les quintes, au nombre de quinze à dix-huit par jour, étaient d'une violence excessive avec quinze ou vingt reprises chacune. Cette enfant était en outre atteinte, depuis dix-huit mois, d'une *otorrhée* consécutive à une rougeole ; et dans les plus fortes quintes, le *sang sortait en jet du conduit auditif.*

Je ne doute point que, dans ce cas, la phlegmasie chronique, en produisant une vascularité plus grande, un ramollissement notable des tissus et en modifiant les parois vasculaires, ne fût la cause éloignée de l'hémorrhagie dont la quinte était la cause immédiate.

Si, pendant les efforts violents de la toux convulsive de la coqueluche, l'air pénètre brusquement dans la trompe d'Eustache, il est capable de vaincre la résistance de la membrane du tympan, et de la rompre dans le point le plus faible. — L'otorrhagie, accident d'aillleurs assez rare, peut s'expliquer soit par une déchirure du tympan, soit, dans la majorité des faits, par une rupture des vaisseaux du conduit auditif, lequel a été préalablement altéré par une inflammation aiguë ou chronique : c'est, pour ainsi dire, un *traumatisme morbide.*

D. — *Hémorrhagies viscérales.* — Des hémorrhagies plus graves se font, exceptionnellement, dans d'autres organes. Ainsi on a cité des exemples d'*hémorrhagies sous-pleurales* et d'*apoplexie pulmonaire* ; ainsi Barrier a rapporté une observation d'*épanchement sanguin dans la grande cavité de l'arachnoide* à la suite d'une quinte très intense de coqueluche.

Il est encore plus rare que les extravasations sanguines se forment au sein de *parenchymes* denses et résistants ; lorsqu'on rencontre de ces faits extraordinaires, on doit les rattacher surtout à une altération du sang et à une modification locale dans l'appareil circulatoire de l'organe envahi, à un obstacle au cours du sang qu'il n'est pas toujours facile de découvrir.

E. — *Hémorrahagies buccales (pseudo-hémoptysie).* — Après l'épistaxis, la plus commune des *hémorrhagies* est celle qui s'opère *par la bouche.* Dans cette région, la congestion est excessive au moment des quintes (et peut aussi se changer en inflammation, en stomatite) : les gencives deviennent gonflées, fongueuses et saignantes ; la langue, violemment projetée hors de la cavité buccale pendant les accès de toux, s'érode par le frottement de sa face inférieure contre les aspérités des dents, ainsi qu'en témoignent les fréquents *ulcères du frein* ; parfois même elle est mordue. Les *lèvres* sont sèches et le petit malade en arrache souvent l'épiderme ; or, toute érosion ou ulcération, quelque petite qu'elle soit, va verser du sang par le fait de la quinte.

Il s'ensuit que les *hémorrhagies buccales* sont fréquentes dans la coqueluche, bien qu'elles aient été passées sous silence par la plupart des auteurs. Leur point de départ est tantôt dans les *gencives* et tantôt dans une solution de continuité de la *muqueuse* de la bouche ou de la *langue* ; le sang peut venir aussi du *pharyx* et surtout des fosses nasales, et, dans ce dernier cas, l'hémorrhagie buccale est accompagnée et primée par l'épistaxis. Quelquefois le sang rejeté par la bouche a une origine complexe : il provient à la fois de la muqueuse nasale et de la cavité buccale. J'ai observé cette particularité chez un petit garçon de trois ans, qui avait, depuis près de deux mois, une coqueluche très catarrhale et très quinteuse, laquelle guerit sans autre complication.

C'est seulement à la fin de la quinte que l'enfant rejette une *mousse sanguinolente,* en raison du mélange intime du sang avec les *mucosités bronchiques battues et aérées* dans les secousses de toux. C'est un accident bien peu sérieux que cette expultion sanglante qui ne mérite pas, sauf exception, le nom d'*hémorrhagie;* et cependant il est peu de symptômes qui effrayent davantage les parents, et même le médecin : la cause en est que l'on prend ce *ptyplisme sanglant* pour une *hémoptysie.*

J'ai plus d'une fois rectifié à cet égard des jugements erronés et calmé des inquiétudes d'autant plus légitimes que les enfants atteints de coqueluche prolongée, pouvaient être soupçonnés de tuberculose. Il y avait pourtant là erreur double : erreur de fait, puisqu'*il ne s'agissait point d'une hémoptysie véritable,* et que l'examen de la bouche aurait suffi à indiquer la source qui avait fourni le sang ; erreur d'interprétation, puisque l'hémorrhagie pulmonaire d'origine tuberculeuse est excessivement rare dans l'enfance, et qu'ainsi l'hémodtysie eût-elle été réelle, il n'était nullement rationnel de conclure de celle-ci à l'existence de la tuberculisation pulmonaire. J'ai établi, dans la *Sémiotique des maladies infantiles,* que c'est seulement après la dixième année que les jeunes sujets sont passibles du crachement de sang; et encore cet accidont, qui marque presque toujours les commencements de la phthisie des adultes, est-il exceptionnel. Quand à *la première enfance* (que la tuberculose moissonne impitoyablement) on peut dire qu'elle *est exempte de l'hémoptysie* : l'hémorrhagie pulmonaire n'est jamaic, à cet âge, le symptôme initial de la phthisie ; et, dans deux ou trois cas où je me souviens l'avoir rencontrée, elle se produisit comme accident terminal : causé par la rupture d'un vaisseau dans une caverne tuberculeuse, elle fut soudaine ; il y eut vomissement et non crachement de sang, et la mort fut foudroyante.

Les hémorrhagies buccales méritent donc toute l'attention du praticien ; après en avoir indiqué la nature et le peu de gravité, M. Roger en cite quelques exemples :

F. — *Hémoptysie.* — *Hématémèse* — Je ne crois pas impossible l'*hémoptysie vraie,* mais j'affirme qu'elle est peu fréquente, et, sur ce point, je diffère

tout à fait d'avis avec Trousseau qui la disait « assez commune ». Joseph Frank met aussi (et à tort également), l'hémoptysie au nombre des complications de la coqueluche. La meilleure preuve qu'on a mal interprété les faits, et que toujours on a pris une hémorrhagie de la bouche pour une hémorrhagie des voies aériennes, c'est que certains auteurs ont dit de ces prétendues hémoptysies que, « restreints dans de justes limites, elles-taient de bon augure » ; Trousseau lui-même admet qu'elles n'ont, en général, aucune espèce de gravité, et qu-on ne doit pas s'en préoccuper (pronostic dont la bénignité se conçoit, puisqu'il s'agit, suivant nous, dans la presque totalité des cas, d'une simple hémorrhagie buccale).

Ce n'est pas du premier coup que j'ai su reconnaître ces *pseudo-hémoptysies* ; il a fallu, pour arriver à cette diagnose, que, témoin de leur manifestation, j'en surprisse le *mécanisme* : le sang qui est rejeté pendant les dernières secousses expiratrices de la quinte, offre les apparences, quelle qu'en soit l'origine, des crachats hémoptoïques, une fois qu'il a séjourné dans le crachoir ; il s'y mélange intimement aux mucosités aérées que fournit abondamment la membrane interne des voies respiratoires, et, à voir ce produit complexe de l'expectoration et de l'expuition, le diagnostic d'une hémoptysie paraît certain. Mais si, prévenu de la possibilité d'une méprise, on examine avec attention comment se forme la mixture, on constate que les mucosités des voies aériennes, battues et expulsées par les convulsions de la toux, arrivent mousseuses et blanchâtres dans la bouche, et en sortent mêlées à du sang qu'elles entraînent au passage; par l'inspection immédiate de la cavité buccale, on en reconnaît la source, soit le fond de la gorge (épistaxis), soit la bouche (stomato-gingitive). — Après quelques minutes de séjour dans le crachoir, le liquide composé simule parfaitement celui de l'hémoptysie qui paraît plus ou moins abondante, selon que le sang sourdit des gencives hyperhémiées, ou a coulé des fosses nasales postérieures. Certes la diagnose n'est pas difficile quand il ne sort de la bouche que quelques gouttes de sang; mais aux cas où l'écoulement sanguin est assez abondant, facile est l'erreur.

De même qu'il y a, dans la coqueluche, des *pseudo-hémoptysies*, il y a aussi des *pseudo-hématémèses* : lorsqu'un coquelucheux *semble vomir* du sang, il faut, comme tout à l'heure, examiner avec soin les fosses nasales, et l'on s'assure aisément que *ce sang provient toujours d'une épitaxis* : il a coulé par les arrière-narines, et souvent insensiblement dans la cavité stomacale où il peut s'accumuler en assez grande quantité; s'il est expulsé presque tout de suite par l'estomac impatient, l'écoulement par les ouvertures antérieures ou postérieures des narines est encore visible ; s'il est évacué tardivement, alors qu'a cessé l'épitaxis, quelques gouttes ou des caillots dans le nez peuvent en signaler la provenance.

Ici encore il faut se rappeler que l'*hématémèse* est, comme l'hémoptysie, un phénomène tout à fait exceptionnel dans le jeune âge, et qu'on ne la rencontre guère que dans de très rares cas de *purpura hemorrhagica*. Si, dans une maladie quelconque, et à plus forte raison dans la coqueluche, une mère effrayée montre au médecin un vase rempli de sang rejeté par la bouche, il peut (éclairé par les lois de la pathologie infantile) la rassurer et se rassurer lui-même, car il ne s'agit presque certainement *ni d'un vomissement, ni d'un crachement sanguin*, mais d'une épistaxis dont le produit a pénétré dans l'estomac et en est ensuite chassé par la toux ; et souvent, au milieu de ces efforts d'expulsion, la quinte recommence plus pénible et plus violente.

Voilà donc, en résumé, deux sortes d'hémorrhagies, l'*hématémèse* et l'*hémoptysie*, que le clinicien doit rayer de la liste des complications de la coqueluche ; un diagnostic plus juste vient réformer un pronostic erroné, et, grâce à une appréciatisn plus saine des faits, des apparences redoutables se changent en une bénigne réalité.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Monsieur le Directeur,

« Permettez-moi de soumettre au *Concours médical* une question importante, dont la réponse intéresse beaucoup de nos confrères des villes de garnison.

Est-ce qu'un médecin militaire qui a traitement, domestique et cheval alloués par le gouvernement et qui ne paie pas patente a le droit de faire de la clientèle, lorsqu'il habite une localité bien pourvue de médecins civils ?

Un médecin militaire de notre ville est très en vogue : il pratique la médecine au rabais et il prend la liberté d'aller voir des malades en cours de maladie et de les soigner quotidiennement sans avertir le médecin traitant.

Je n'entre pas dans d'autres détails mesquins : tous mes confrères ont à se plaindre de sa façon d'agir.

Que serait-ce si les 4 ou 5 médecins qui sont en garnison dans cette ville de 10,000 âmes et qui y séjournent de longues années depuis les nouvelles lois militaires imitaient son exemple ?

J'espère que le *Concours médical* qui s'occupe de questions professionnelles voudra bien nous dire si le médecin militaire a le droit d'exercer et nous tracer une ligne de conduite dans des cas pareils.

J'ai l'honneur, M. le Directeur, de vous présenter mes salutations respectueuses,

Dr V***.
Membre fondateur.

Après informations, il nous paraît malheureusement certain que les médecins de l'armée ont rigoureusement le droit de créer à leurs confrères civils cette pénible situation. Il serait difficile à ceux-ci d'exiger autre chose que le payement de la patente par leurs concurrents.

Ce qui nous paraîtrait préférable, ce serait une démarche faite par le doyen des médecins de la ville vis-à-vis du colonel du régiment et du médecin major, de façon à régler de commun accord un *modus vivendi* qui fut au moins conforme aux règles les plus élémentaires de la confraternité.

Les médecins militaires sont bien peu rétribués

et nombre d'entr'eux quitteraient encore bien plus promptement leur ingrate carrière s'ils ne trouvaient, de temps en temps, la possibilité d'atténuer quelque peu leur gêne habituelle.

Ils devraient pourtant être tous pénétrés de ce sentiment de réserve qui ne devrait pas permettre à aucun docteur en médecine de faire de la clientèle gratuite pour les clients qui peuvent les rétribuer, et de la médecine au rabais, au détriment d'honorables pères de famille, déjà si fort empêchés de se suffire.

Nous connaissons des colonels qui s'inspirant de ces sentiments ont pu régulariser très promptement de semblables situations.

La direction.

—

De quelques causes qui rendent la profession médicale peu lucrative.

Les réflexions suivantes s'appliquent surtout aux médecins qui exercent à la campagne.

1· *Habitudes des malades.* — Dans les campagnes les malades ne nous appellent que pour les maladies graves, et encore, quand ils sont alités complètement.

Dans chaque pays il existe, pour ainsi-dire, une tradition ; ainsi pour les rhumes, coqueluches, rougeoles, et autres maladies, le public sait à peu près à quoi s'en tenir ; il connaît, tant bien que mal l'allure de ces affections, et le médecin est rarement appelé, sauf complications très sérieuses. Si le malade est soigné un peu, c'est par l'intermédiaire du pharmacien. On trouve bouteilles étiquetées, sirops contre la toux, sirop contre la coqueluche etc. etc. Il est donc parfaitement inutile pour eux, d'aller chercher le médecin.

Dans les maladies aiguës à marche rapide : pneumonie, fièvre typhoïde, etc, on ne peut guère aller voir les malades que tous les deux jours, ou deux fois en trois jours, attendu que la plupart d'entre eux n'admettraient pas une visite tous les jours.

Aussitôt que le malade va un peu mieux, que les accidents aigus sont apaisés, que la convalescence commence, on vous dit de ne plus revenir.

Quant aux maladies chroniques, sérieuses : affections organiques de l'estomac, du foie, des intestins, du cœur, — on fera une visite par mois environ ; le malade ira voir ou fera consulter les somnambules, empiriques, pharmaciens, mais dans tous les cas le médecin suivra bien rarement un malade de ce genre d'une manière régulière

En résumé, dans les campagnes, le nombre des visites à faire est bien moins grand qu'on ne le suppose généralement

Si nous parlons des accouchements, c'est pour dire que nous en faisons excessivement peu, sauf accidents, qu'il y ait ou non de sages-femmes. La plupart des accouchements, les 4|5· au moins, se font seuls. Quelques-uns avec les sages-femmes, les autres par l'intermédiaire de matrones.

Il est bon de remarquer que dans, la résidence même du médecin, ces habitudes tendent à être prises, et que, de plus en plus, on ne nous appelle que pour les maladies sérieuses.

2. *Médecins trop nombreux.*

D'après la statistique que vous publiez datant de 1876, il y avait à cette époque, 14.376 médecins pour 36.905.708 âmes, soit 1 médecin pour 2.567 âmes.

J'exerce depuis 17 ans dans la campagne je connais un certain nombre de médecins qui sont dans les mêmes conditions que moi.

Nous pensons qu'un médecin, même faisant la pharmacie, peut soigner convenablement *3.200 habitants* au moins ; les médecins ne faisant pas la pharmacie, ceux qui sont dans des centres d'une moyenne importance, peuvent en soigner facilement 3.500.

Mais pour ne rien exagérer, j'admets *3.200 habitants*, comme moyenne.

Il suffirait alors de 11.533 *médecins* en France, ajoutons, si l'on veut, environ 1.000 *médecins* qui représenteront : les médecins trop âgés ; ceux qui se livrent au professorat, ceux qui se bornent à avoir le titre. Considérons aussi que certaines localités, dans les pays montagneux, sont dans des conditions exigeant plus d'un médecin pour 3.200 âmes, etc., etc.

Nous arrivons à 12.500 *médecins* environ nombre parfaitement suffisant, pour soigner très convenablement les malades.

Par conséquent, au lieu de 14.376 médecins, 12,500 suffiraient, ce qui fait qu'il y a environ 1.900 *médecins de trop au moins*.

Si on calculait qu'un médecin peut soigner 3,500 habitants, ce qui serait plus près encore de la vérité, 10.544 médecins suffiraient en ajoutant 1.000, on aurait 11.544 médecins de trop.

Si les jeunes gens qui s'engagent dans la carrière médicale savaient qu'il y a actuellement encombrement, ils hésiteraient à s'engager dans cette carrière, avec l'intention de vivre de leur profession.

S'ils ont des rentes convenables pour pouvoir vivre à peu près de leur profession, rien de mieux. Il appartiendrait aux journaux de médecine de répandre cette idée sous toutes les formes.

Ils rendraient un grand service à beaucoup de jeunes gens sans fortune. Une fois dans la profession, il faut vivre, et bien souvent, poussés par la nécessité, les médecins font ce qu'ils ne devraient pas faire. Les honoraires ne sont pas aussi faciles à augmenter que l'on croirait tout d'abord car les malades ont toujours la ressource d'appeler moins souvent le médecin.

3 *Le médecin est très mal payé.*

Ce qui rend la profession médicale si peu lucrative encore, c'est la *grande difficulté de paiement.* On gagne peu, et on est très-mal payé. Pour le moment je ne cherche pas les causes de ce fait, je me borne à le constater. Il faut compter en moyenne, un *sixième*, un peu plus, un peu moins, perdu complètement, et attendre 3 à 4 ans pour recevoir, je ne dirai pas les cinq sixièmes restant, mais les quatre sixièmes, ou deux tiers, la différence d'un sixième s'accumule sur les livres.

La difficulté qu'on éprouve pour être payé est incroyable, je ne dirai pas pour des sommes dépas-

sant 75 à 100 fr. mais même pour des sommes de 5, 10 et 20 francs.

Il faut demander plusieurs fois, et cela au bout de 2 à 3 ans, pour arriver à recevoir et encore parfois un an ou deux après des demandes réitérées. Cette difficulté, on l'éprouve, non seulement auprès des gens peu aisés, mais même auprès de ceux qui sont à l'aise, riches même. Un médecin qui exerce depuis 15 ans, et recevant *5.000 francs par an*, aura sur ses livres environ *22.000 ou 25.000 fr.* Vous voyez que, même en déduisant le mauvais, quelle perte d'argent on éprouve.

Je crois que la plupart des médecins sont dans des conditions semblables. Il y en a qui, au bout de 20 ans d'exercice, ont laissé sur leurs livres 10 années de retard complètes.

Il est bon de remarquer, que le médecin mourant, il faut compter pour la famille perdre les deux tiers au moins de ce qui est marqué sur les livres du défunt.

En résumé : — Les deux grandes causes qui rendent, en général, la profession médicale si peu lucrative, sont :

D'une part : le trop grand nombre de médecins ;

D'autre part le retard qu'on éprouve dans le paiement.

Je ne vois qu'un seul remède :

C'est *quil y ait moins de médecins*, la concurrence, étant moins grande. le médecin gagnera un peu plus et pourra se faire payer un peu plus vite.

Dr. M.
Membre fondateur du *Concours Médical.*

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

—

TRAITEMENT DE LA MIGRAINE

On a cherché, dans ces dernières années, à rattacher la migraine à des troubles fonctionnels du grand sympathique. Elle se traduit, en effet, par un ensemble de symptômes qui rappellent tout à fait ceux que l'on voit succéder à la section et à l'irritation artificielle du grand sympathique.

Les troubles vaso-moteurs de la migraine peuvent se présenter sous deux formes cliniques : dans une première forme, durant le paroxysme douloureux, la pupille est manifestement dilatée du côté malade, en même temps que le globe de l'œil est rétracté au fond de la cavité orbitaire. Pâleur de la face et de l'oreille du côté correspondant à la douleur. L'artère temporale est contracturée et forme un cordon de beaucoup plus épais que du côté opposé. Température du conduit auditif externe plus basse du côté malade. Tout ce qui est capable de diminuer l'affluence du sang dans la moitié douloureuse de la tête exaspère la douleur. Ainsi, si on comprime la carotide du côté malade, on exaspère la douleur, et on produit l'inverse par la compression de la carotide du côté opposé. A la fin de l'accès, quand la douleur hémicrânienne tend à se dissiper, la pupille se rétrécit, la pâleur de la face et de l'oreille, du côté douloureux, fait place à un état congestif avec sensation de chaleur, élévation de la température locale, injection de la conjonctive avec épiphora et accélération du pouls. La crise douloureuse se termine assez souvent par l'apparition de sueurs profuses, par une diurèse abondante et par un flux diarrhéique.

L'ensemble de ces symptômes, dans cette forme d'hémicrânie, rappelle les effets de l'*excitation expérimentale ou traumatique du sympathique cervical*, c'est pourquoi Eulenburg a-t-il proposé d'appeler cette forme : *hémicrânie spasmodique* ou *sympathico-tonique*.

Dans l'autre type, les phénomènes observés sont absolument inverses. Pendant le paroxysme douloureux, la pupille est rétrécie ; la face et l'oreille du côté douloureux sont injectées ; la température du conduit auditif externe dépasse de 2 à 4 dixièmes celle du côté dilaté. L'artère temporale dilatée bat avec force. Le pouls est souvent ralenti. Si on comprime la carotide du côté malade, on apaise la douleur, l'inverse a lieu quand la compression porte sur la carotide du côté opposé. Ce sont, en un mot, des phénomènes absolument analogues à ceux que produit la *section du grand sympathique cervical.* Cette forme a été dénommée *hémicrânie angio-paralytique* ou *névro-paralytique.*

Le traitement doit donc s'attacher à modifier le trouble fonctionnel du grand sympathique.

Le *courant électrique* a donné d'excellents résultats à Benedikt, Frommhold, Freber, Rosenthal, Althaus et Eulenburg. Holst conseille de procéder de la façon suivante pour la galvanisation du grand sympathique : Dans la *forme spasmodique* de la migraine, quand il s'agit de modérer le fonctionnement du grand sympathique, on aura recours à un courant de 10 à 15 éléments et l'on appliquera le pole positif sur le trajet du sympathique, le pôle négatif dans le creux de la main du même côté. Chaque séance aura une durée de deux à trois minutes.

Dans la forme *angio-paralytique*, c'est le pôle négatif qui sera appliqué sur le trajet du grand sympathique. De plus, on intervertira fréquemment le courant de façon à obtenir une excitation plus énergique. Holst a publié environ trente cas de migraine qui militent en saveur de ce traitement. (Labadie-Lagrave, Appendice à Hammond).

Pour Frommhold et Freber le courant faradique serait préférable au du courant galvanique.

Le Dr Seguin préconise la méthode de Greene. Elle consiste à administrer le Haschisch à doses continues de manière à tenir le système nerveux sous l'influence du médicament pendant longtemps.

Il fait prendre aux femmes 2 centigrammes d'extrait alcoolique avant chaque repas, et augmente la dose à 3 centigrammes au bout de quelques semaines. Aux hommes, il prescrit, pour commencer, 3 et 4 centigrammes au bout de deux à trois semaines. Ce traitement doit être continué avec la plus grande regularité pendant trois mois. En général, ces doses ne donnent lieu à aucun symptôme physiologique. La moitié des malades traités par le Dr Seguin ont guéri. Aussi bien considère-t-il le Haschisch comme ayant une efficacité comparable à celle de bromure de potassium dans l'épilep-

sie ; l'un et l'autre de ces agents peuvent avoir une influence curative, de même qu'ils sont capables d'interrompre la série des crises.

L'électrisation du grand sympathique, est dirigée contre la cause du mal. La méthode préconisée par Greene et Seguin est aussi destinée à traiter la maladie elle-même, sans que nous puissions donner d'explication sur son mode d'action.

Il s'agit d'examiner maintenant le traitement de l'accès douloureux.

Tout d'abord, on recherchera avant tout le calme dans une demi-obscuriié ; il est inutile do combattre le mal de tête, la tentative n'aboutirait probablement pas, ou bien elle serait fâcheuse. La diète est de rigueur absolue, avec abstinence de boisson, jusqu'au moment où l'attaque va cesser et même jusqu'au lendemain.

C'est là une excellente manière de se soustraire à beaucoup d'inconvénients. On peut prendre de la glace en nature, ou bien un grog glacé, avec avantage.

Il est évident que l'attaque déclarée, la plupart des médicaments sont impuissants. Cependant, on peut encore ou prévenir cette attaque ou bien en diminuer la gravité et en abréger la durée.

Le docteur Seguin recommande surtout le *guarana* ,la *caféïne* et l'*hydrate de Crotonchloral.*

Le docteur Séguin a trouvé le guarana très-efficace, donné au début d'un accès. La moitié de ses malades s'en sont bien trouvés sous le rapport du soulagement, et plusieurs ont pu vaquer à leurs affaires le même jour. La caféine, à la dose de 12 centigrammes toutes les heures, pendant trois ou quatre heures, lui a été aussi fort utile. Il a donné également avec avantage l'hydrate de croton-chloral à la dose de 15 à 20 grains (90 centigrammes à 1 g, 20) toutes les heures, et quatre fois de suite. Ce dernier médicament s'applique surtout au cas où la donleur est le premier symptôme,ainsi qu'aux crises commencèes.

Quelquefois le médecin américain a dissipé une migraine à l'aide d'une injection hypodermique de morphine (2 à 3 centigrammes) ou d'atropine (1 milligramme).

La belladone a encore été employé topiquement, de même que la morphine, ajoutons-y le chloroforme sous forme de pommade en frictions.

Au même titre que la caféine, on a employé le seigle ergoté. Comme la caféine, l'ergot exerce une action constrictive sur les vaisseaux. Ils doivent donc l'un et l'autre réussir dans la forme angio-paralytique, Woakes, Berger et Eulenburg ont obtenu de très heureux effets de l'ergot du seigle.

L'aconitine, le bromure de potassium dont le mode d'action est analogue, ont été employé contre la migraine angio-paralytique.

Le sulfate de quinine qui agit comme analgésiant en sa qualité de médicament vasculaire, déterminant l'olighémie des centres nerveux a été vanté dans la forme congestive.

Parmi les autres moyens capables de restreindre la circulation locale des parties congestionnées dans cette forme d'hémicranie, nous citerons encore les applications du froid et la compression de la carotide.

Dans la forme spasmodique de la migraine, quand il s'aqit de diminuer la constriction vaso-motrice, on a eu recours à un médicament nouvellement introduit dans la thérapentipue et étudiée récemment dans ce journal, nous voulons parler du nitrite d'amyle qui a précisément pour effet de déterminer un relâchement vasculaire local, quand il est administré sous forme d'inhalation. On a publié des cas ou le soulagement fut immédiat, mais, en général, cet effet n'était que passager.

Eulenburg qui a expérimenté ce médicament recommande de commencer par une goutte pour monter progressivement, mais avec prudence, jusqu'à cinq gouttes, sauf à rejeter les inhalations lorsque la douleur hémicrânienne se montre de nouveau.

Dans une thèse récente, soutenue à Paris par M. le Dr Chaumier (th. de Paris 1878) on trouve mentionné un remède contre la migraine que nous nous faisons un devoir de mentionner à cause de sa simplicité, et qui aurait l'avantage de calmer les douleurs intolérables de l'accès hémicranien : « Le coït, dit M. Chaumier, a réussi à quelques malades au commencement, pendant, ou à la fin de l'accès, chacnn peut essayer. »

Nous ne terminerons pas cetto rapide revue sans rappeler les règles hygiéniques qui peuvent bien souvent retarder et éloigner les accès. Le bon état des fonctions digestives est une des premières règles de l'individu sujet aux migraines. Il faut donc chez eux surveiller la digestion et s'opposer à la constipation par l'usage des purgatifs, tels que les eaux minérales naturelles pnrgatives par exemple.

CHRONIQUE

De la vitalité des poisons diphthéritiques. — Un journal russe publie ce curieux exemple de la vitalité du poison diphthéritique. Un habitant de la Russie méridionale perdit, il y a quatre ans, un enfant par suite de dyphthérie. On construisit récemment un caveau de famille, et le cercueil de l'enfant y fut transporté après exhumation. Avant la fermeture du caveau, le père, voulant s'assurer que l'enfant n'avait pas été jadis inhumé vivant, fit ouvrir la bière, et toute la famille, comprenant cinq enfants, assista à cette triste cérémonie. Le lendemain, les cinq enfants tombèrent malades du croup et l'un d'eux succomba quelques jours après. Des renseignements plus précis seraient nécessaires pour donner à ce fait toute sa valeur.

(*Revue d'hygiène et de police sanitaire*).

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 16 18 octobre 1879.

BULLETIN DE LA SEMAINE.

—

En 1856, dans une discussion mémorable sur le traitement des kystes de l'ovaire, qui eut lieu à l'Académie de médecine, Moreau déclara à propos de l'ovariatomie que cette opération devait être rangée « dans les attributions des exécuteurs des hautes-œuvres. » Velpeau dit : « L'extirpation des ovaires malades est une opération affreuse qui doit être proscrite. »

En 1872, dans un rapport sur la gastrotomie appliquée au traitement des tumeurs fibreuses, Demarquay condamnait l'opération nouvelle. Quelques semaines après, le même-chirurgien déclarait que la discussion ne pourrait être reprise que lorsqu'on viendrait lui montrer un utérus entier enlevé avec succès.

On sait ce qu'il reste aujourd'hui de l'opinion si dédaigneusement exprimée par Moreau et Velpeau. Les opérations d'ovariotomie se sont multipliées et la jeune génération chirurgicale, amoureuse du progrès, est entrée hardiment dans la voie tracée par Kœberlé, Spencer Wells et Péan. Mais il y a plus, en 1876, Porro, professeur à l'Université de Pavie, frappé des nombreux succès obtenus par M. Péan, pratiqua, le premier, l'amputation utéro-ovarienne et dernièrement, devant cette même académie, la voix autorisée de M. Tarnier, déclarait que l'amputation utéro-ovarienne était destinée à entrer dans la pratique chirurgicale, comme complément, pour ainsi dire nécessaire, de l'opération césarienne. Au même moment, un habile chirurgien de Lyon, M. Fochier, publiait le premier succès obtenu en France de l'opération de Porro.

En Allemagne enfin, l'extirpation totale de l'utérus était préconisée et pratiquée pour le cas de cancer du corps utérin.

D'autre part, en 1877, M. Péan avait répondu à l'appel de Demarquay et présentait un utérus enlevé avec succès. Le résultat ne parut pas concluant. On doutait encore. Dans la séance de mardi dernier, M. Tillaux est venu protester contre l'opinion de Demarquay et il a mis sous les yeux de ses collègues un utérus atteint d'une tumeur fibreuse, grosse comme la tête d'un enfant, enlevé en entier, et la femme qui a subi cette opération est aujourd'hui parfaitement guérie et bien portante.

M. Tillaux croit que la gastrotomie appliquée à la cure des tumeurs fibreuses est une bonne opération. Il la croit parfaitement indiquée dans trois cas bien déterminés : 1° Quand la tumeur fibreuse provoque des pertes sanguines énormes, capables de compromettre la vie ; 2° quand elle cause des douleurs intolérables que rien ne peut calmer ; 3° quand elle amène une occlusion intestinale qui met immédiatement la vie en péril.

M. Duplay a succédé à M. Tillaux. Il pense comme lui que l'extirpation de l'utérus est une opération utile, suivie de succès dans bon nombre de cas. Deux fois il l'a pratiquée depuis peu de temps, et il annonce que prochainement il présentera une de ses opérées à ses collègues.

L'intérêt de ces communications est grand, et elles donnent lieu à quelques réflexions intéressantes. D'abord, ces opérations si longues, si laborieuses, n'étaient possibles que grâce au perfectionnement incessant de la chloroformisation qui permet de maintenir les patientes pendant un temps parfois très-long (2 heures et plus).

De plus, la suite même de l'opération est assurée, grâce à la méthode de Lister, que chacun des opérateurs emploie avec plus ou moins de minutie, mais qu'ils observent tous dans ses prescriptions générales.

On comprend facilement la répugnance de chirurgiens aussi éminents que Moreau et Velpeau à accepter des opérations qu'ils n'auraient pu exécuter avec succès, eux qui avaient vu tout récemment naître l'anesthésie, et qui en avaient encore une défiance plus ou moins avouée.

Enfin, il n'est pas jusqu'à l'appareil instrumental si perfectionné aujourd'hui par les hommes qui ont mis l'ovariotomie en honneur, et parmi lesquels il serait injuste de ne pas citer M. Péan, qui s'entre pour une large part dans les succès obtenus par les chirurgiens contemporains.

REVUES GÉNÉRALES

—

I

DU TRAITEMENT DES TUBERCULEUX.

(*Suite*)

Traitement de l'expectoration. — Les crachats des phthisiques proviennent soit des glandules hypertrophiées du pharynx (Angine granuleuse, ou glanduleuse) ou d'une sécrétion exagérée des glandules de la trachée artère, plus ou moins chroniquement enflammées. Les crachats qui ont cette double origine ne présentent aucune importance. Ils sont même absolument indépendants de la phthisie pulmonaire.

Les véritables crachats du phthisique sont dus soit à une lésion de voisinage, (bronchite), soit à une lésion directe. (Excavations tuberculeuses). Leurs caractères varient selon le siège, l'étendue et le degré de la lésion, depuis un mucus plus ou moins épais, avec prédominance des leucocytes sur les globules du pus.

Les crachats provenant de la sécrétion des cavernes, sont ceux sur lesquels, il importe d'agir. Cette sécrétion est, en effet, doublement malfaisante. Elle est dangereuse, parce qu'elle est la cause d'une spolisation profonde de l'organisme ; elle est dangereuse encore par la résorption qu'elle implique. Et quelle résorption ! dit M. Peter. « Il faut concevoir, en effet, que la paroi sécrétante est vasculaire, et que, comme telle, elle absorbe. Il faut concevoir, d'autre part, que le pus sécrété réunit, par son séjour dans la cavité caverneuse, les deux conditions les plus favorables à la putréfaction — et à la putréfaction hâtive — le contact permanent de l'air et l'élévation de la température. » Cette résorption est la cause de cette fièvre *putride* des tuberculeux à vastes cavernes, cette fièvre qui vient encore s'ajouter à la fièvre tuberculeuse.

L'indication thérapeutique la plus pressante est donc de modifier la nature et de diminuer l'abondance de cette suppuration. C'est ici, dit M. Peter, que les *eaux sulfureuses* sont toujours utiles et souvent triomphantes.

Les balsamiques remplissent encore ces indications ; le *goudron*, le *tolu*, la *térébenthine*.

MM. Bouchard et Gimbert ont préconisé *la créosote du goudron de hêtre,* qu'on a ordonné soit dans du vin, soit associée à l'huile de foie de morue. La créosote, pour M. Peter, augmente l'appétit, amène une activité plus grande des digestions et un retour de l'embonpoint avec augmentation du poids du corps. La difficulté de l'emploi de ce médicament, réside dans la susceptibilité de certains escomacs.

Les balsamiques ont été aussi employés topiquement en inhalations.

Crickton, de Berlin, à soumis un certain nombre de phthisiques à l'action d'une atmosphère chargée des principes du goudron. Sur 54 phthisiques traités par cette méthode, 4 furent guéris, 6 éprouvèrent une amélioration notable, 16 ne ressentirent aucun changement, 12 devinrent plus malades et 18 moururent. Trousseau et Pidoux jugent ce traitement trés favorablement. En somme, les balsamiques diminuent ou tarissent la sécrétion que fournissent les cavernes Quant à la question de savoir s'ils peuvent hâter sa cicatrisation, malgré les affirmations des anciens, il serait trop téméraire de le prétendre. Les balsamiques sont inopportuns quand le malade est facilement excitable, qu'il y 'a de la fièvre et prédisposition aux hémoptysies.

La *glycérine* chimiquement neutre donnée par cuillerée à soupe, deux à trois fois par jour, soit pure, soit étendue d'eau, réussit parfois à calmer la toux et à diminuer l'expectoration.

Quand il y a un peu de fièvre, M. Peter emploie le kerniés, à la dose de 2 à 5 ou 10 centigrammes par jour.

La *médication thermo-sulfureuse* dans la phthisie pulmonaire est considérée comme extrêmement utile par M. Fonssagrives, qui déclare y avoir une confiance extrême Les recherches de Cl. Bernard ont montré que le souffre, quelque soit d'ailleurs sa voie d'introduction dans l'organisme, s'élimine en faible partie par la peau, et en presque totalité par la muqueuse pulmonaire sous forme de gaz hydrogéne sulfuré ; de telle façon que le poumon baigne, si l'on peut ainsi s'exprimer, dans une atmosphère sulfureuse.

La médication thermo-sulfureuse diminue notablement ou même tarit l'expectoration ; de plus, elle aguerrit la peau contre les vicissitudes atmosphériques en la rendant moins impressionnable au froid ; et surtout, elle exerce sur l'économie tout entière un effet, stimulant dans le principe, tonique en suite, qui enléve à la diathèse tuberculeuse les conditions de terrain qui facilitent son évolution. (Fonssagrives).

Pour M. Peter la médication sulfureuse est indiquée chez les tuberculeux qui crachent. C'est contre le catharre que les eaux sulfureuses agissent surtout.

En résumé, dit M. Peter, les eaux sulfureuses

sont avantageuses aux tuberculeux qui crachent et n'ont pas de fièvre ; elles sont de médiocre bienfait à ceux qui commencent leur tuberculisation et ne crachent pas encore ; elles sont dangereuses à ceux qui ont de la fièvre et des hémoptysies.

Traitement de l'émopthysie. Stoll, Baglivi, puis Trousseau ont beaucoup insisté sur le traitement de l'hémoptysie par *l'ipeca*. Trousseau donnait le médicament à la dose de 4 grammes, en quatre paquets administrés de dix minutes en dix minutes. « Cette médication, dit-il, manque bien rarement son effet ; cependant la première fois que l'on use de ce remède dans le traitement de l'émoptysie, la main tremble. Nous sommes habitués à prescrire aux malades la tranquillité la plus grande, nous leur recommandons le silence le plus absolu ; nous leur demandons instamment de retenir le moindre effort de toux ; c'est tout au plus si nous leur permettons de respirer, tant nous redoutons la congestion, même passive du poumon ; tant il nous semble périlleux de laisser faire le moindre effort : et voilà que nous donnons un médicament qui va produire des efforts de vomissements pendant lesquels le visage se gonfle, le sang s'arrête dans les veines qui apportent le sang aux oreillettes, et par conséquent remplit et distend les veines pulmonaires. Il semblerait que l'émoptysie va reparaître avec nue abondance bien plus grande : pourtant elle s'arvête, sinon toujours, au moins dans la presque unirersalité des cas. »

Pour M. Peter la dose de 1 gr. 50 à 2 grammes est amplement suffisante. L'hémorrhagie s'arrête non pas à cause de l'action mécanique du vomissement, mais bien par l'état nauséeux. Ce qui le prouve, c'est que l'arrêt de l'hémoptysie peut se produire sans qu'il y ait des vomissements, et que l'ipeca peut être remplacé par le *kermès*.

Dans bien des cas, la médication vomitive rencontre autant de répugnance de la part du malade que de la part de son entourage, et, dans ce cas, le kermès rend d'incontestables services. On prescrit un julep gommeux contenant 30 centigrammes de kermies minéral, donné d'heure en heure. Il se produit un état nauséeux, quelquefois de légères vomituritions ou une ou deux selles diarrhéïques. L'hémorrhagie s'arrête dans les 24 ou 48 heures.

Quand l'hémoptysie est moins grave, que le danger est moins pressant, qu'il n'y a que des crachats sanglants rejetés successivement dans le cours de la journée, on prescrira seulement de six à huit pastilles d'ipecacuanha dans le cours d'une matinée ; ou encore des pastilles de Kermès en même nombre ; ou enfin un sirop kermétisé à 2 centigrammes par cuillerées ; deux à trois cuillerées suffisent ordinairement pour obtenir la diminution ou la cessation de l'expectoration sanglante.

Nous citerons encore un certain nombre de médicaments qui ont été employés contre l'hémoptysie.

Dickinson, Aran, Bouchard ont quelquefois arrêté des hémoptysies en employant la *digitale*. M. Bouchard prescrit 3 à 4 grammes de feuilles de digitale, infusés dans 200 grammes d'eau, édulcorés avec 40 grammes de sirop de limon. Il recommande de ne donner la digitale qu'aux phthisiques ayant de la fièvre, d'en bien surveiller l'action et de s'en abstenir, quand on suppose qu'il existe une maladie des reins. Pour M. Fonssagrives la digitale est une très bonne ressource contre les hémoptysies, quand la fièvre coexiste.

La *térébenthine*, en potion contenant 4 à 10 grammes d'essence, émulsionnée par un jaune d'œuf et édulcorée par du sirop de tolu, peut être employée avec succès.

Les *limonades minérales* sont d'un usage vulgaire. Les plus communément employées sont la limonade sulfurique et la limonade chlorhydrique. Cette dernière doit être employée concurremment avec le perchlorure de fer, quand on le prescrit, afin d'éviter la décomposition de ce dernier médicament.

Le *perchlorure de fer* peut être associé avec le lait (18 à 30 gouttes), qui en masque assez bien la saveur.

Le *tannin* (0,50 à 1 gr.) n'est pas un médicament à recommander, son action est fort infidèle, et il présente des inconvénients graves.

Gubler préférait l'acide gallique au tannin en raison de sa plus grande stabilité, de son défaut d'action chimique sur les principes protéïques et de son innocuité pour la muqueuse digestive. L'acide gallique, selon lui, est le meilleur des astringents végétaux. Cette substance s'emploie aux doses journalières de 0,50 centigrammes à 1 gramme.

L'*ergot de seigle* et l'*ergotine* ont été, depuis quelques temps, fréquemment employés et avec succès contre l'hemoptysie. Spazrani (1828) paraît être le premier qui ait employé le seigle ergoté contre l'hémoptysie.

Après lui Bayle, Pignacca (1830), quelques médecins italiens, Levrat-Perroton, Raige-Delorme, G. Sée, Behier, Anstie publièrent de nombreux succès dûs à cette médication. Pour Anstie l'ergot de seigle est un hémostatique plus universellement applicable dans l'hemoptysie quo tout autre agent. Comme la digitale, il fait contracter les artères et diminuer le nombre des battements : deux propriétés essentielles pour un bon hémostatique des poumons

Mais ces heureux résultats furent loin d'être constants et l'ergotine n'était pas entrée dans la pratique

courante jusque dans ces derniers temps où l'application de la méthode hypodermique semble donner des résultats plus satisfaisants.

L'action hemostatique des injections sous-cutanées d'ergotine a fait l'objet d'un très-remarquable mémoire du Dr Bénard (th. de Paris, 1879). Ce médecin distingué pose les questions suivantes :

1· Les injections sous-cutanées d'ergotine sont-elles applicables indistinctement à toutes les hémoptysies que l'on observe au début et dans le cours de la phthisie pulmonaire ?

2· Si elles peuvent agir efficacement sur la quantité de ces hémorrhagies, ne peuvent-elles pas aussi avoir une action défavorable sur les lésions pulmonaires qui les produisent ou les accompagnent ?

Les observations recueillies jusqu'à ce jour permettent simplement de constater que, dans un grand nombre de cas, les injections sous-cutanées d'ergotine ont été suivies d'un heureux résultat, sans cependant que l'on puisse comparer les résultats de manière à en tirer des conclusions bien solides.

M. Bucquoy a obtenu de nombreux succès avec cette méthode, mais il n'aime pas à s'en servir dans les cas où les phénomènes congestifs ou inflammatoires sont intenses, et, en particulier, dans ceux qui ont été désignés sous le nom de *phthisis ab hemoptœ*. Il craint alors, tout en arrêtant l'hémorrhagie, d'augmenter les phénomènes inflammatoires ou congestifs qui peuvent résulter des modifications apportées à la circulation pulmonaire, et il aime mieux combattre, en même temps, la congestion pulmonaire et l'hémorragie qui l'accompagne en donnant l'ipeca suivant la méthode de Trousseau et de Peter.

Ces craintes sont peut-être exagérées, mais elles ont néanmoins une grande importance, émanant d'un praticien aussi prudent et aussi éminent.

Ce qui est incontestable, d'ailleurs, c'est que dans un très-grand nombre de cas, les injections d'ergotine ont été réellement et rapidement efficaces.

Lobel et Drasche sont les premiers qui ont fait usage de la voie hypodermique.

M. Constantin Paul dans quatre observations relatées par M. Bénard obtient un succès complet. Il pratique de une à trois injections (1 à 2 grammes de la solution d'Yvon).

M. Bucquoy qui a expérimenté un des premiers cette méthode, a vu l'hémoptysie dans la plupart des cas, s'arrêter complétement presque immédiatement après l'injection, ou diminuer d'une façon notable. Il compte si bien sur l'efficacité de ce traitement, qu'il tient à avoir toujours à sa portée un remède qu'il regarde comme si précieux. M. Dujardin Beaumetz a cité aussi à la Société de thérapeutique un cas d'hemoptysie arrêtée par l'injection d'ergotine. M. Massart (de Honfleur) cité par M. Peton (th. de Paris 1878) a eu beaucoup à se louer de l'emploi des injections d'ergotine dans les mêmes cas.

Quand on a recours à la voie stomacale, on peut associer l'ergot de seigle à la digitale (Henriette) ainsi :

Ergotine	2 gr.
Teinture alcoolique de digitale.	2 gr.
Eau distillée	150 gr.
Sirop de ratanhia	30 gr.

A prendre une cuillerée d'heure en heure dans la journée.

Dans les cas d'hémorrhagie peu abondante, M. Peter dit avoir obtenu de bons résultats en associant le *sulfate de quinine* à la poudre d'ergot, par exemple :

Poudre d'ergot	2 gr.
Sulfate de quinine.	0 gr. 50 centigr.

Pour dix prises dans le cours de la journée.

Gubler avait l'habitude d'associer l'ergot de seigle à l'acide gallique et il formulait la potion suivante :

Eau distillée de menthe.	90 gr.
Ergotine	4 gr.
Acide gallique.	0 gr. 50 centig.
Sirop d'essence térébenthine.	30 gr.

On a quelquefois aussi obtenu de bons effets de l'*opium*. Graves le donnait à haute dose lorsque l'hémorrhagie avait résisté aux saignées. Béhier le recommandait dans les hémoptysies graves à la dose de 0,30 à 0,40 et 0,50 centigrammes.

Joseph Franck conseillait aussi l'opium contre l'hémoptysie, mais il l'associait à l'ipéca sous forme de poudre de Dower.

Il y a encore beaucoup d'autres moyens dont l'étude nous entraînerait trop loin. Il nous faut seulement rappeler le traitement externe de l'hémoptysie qui est celui de toutes les hémorrhagies en général. Le *froid* intra et *extra* joue un grand rôle. On a vu, dans un cas, dit M. Fonssagrives, une hémoptysie considérable être brusquement arrêtée par une aspersion d'éther sur le devant de la poitrine.

Il est remarquable que dans ces cas avec des doses même élevées d'opium, il ne se produit ni narcotisme, ni contraction de la pupille.

En terminant, signalons sans y attacher autrement d'importance, un remède populaire déjà ancien qui consiste à faire avaler au malade une cuillerée de sel de cuisine sans eau. Graves dit qu'on peut avoir

recours à ce moyen avec confiance et qu'il a réussi à arrêter ainsi très rapidement des hémoptysies.

Enfin, une fois le danger écarté, il faudra s'appliquer avec soin à écarter le retour de l'hémorrhagie en éloignant toutes les causes occasionnelles qui en ont provoqué l'apparition, dans les cas où la chose est possible.

(*A suivre*).

II

SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE DE LA FISSURE A L'ANUS

La fissure à l'anus, ulcère irritable douloureux des médecins anglais, est une affection relativement commune. La thérapeutique en est simple, et la guérison à peu près assurée.

C'est une maladie plus commune chez la femme que chez l'homme, caractérisée par une petite ulcération au niveau des plis cutanés de la région anale. L'aspect de l'ulcération est variable et elle n'attirerait pas l'attention sans les douleurs d'abord supportables, puis bientôt intolérables qui l'accompagnent et qui sont dues à la contracture du sphincter de l'anus. L'ulcération est d'abord toute la maladie, mais elle n'a bientôt plus d'importance en présence de la contracture. C'est ce phénomène que Boyer a vu le premier et contre lequel il a aussi dirigé une thérapeutique rationnelle.

La douleur de la fissure anale présente ce phénomène particulier d'accompagner ou plutôt de *suivre la défécation.* Au bout d'un certain temps même elle se prolonge un temps parfois considérable après l'expulsion des matières.

Plus tard les douleurs naissent spontanément sans appréciable, ou sous l'influence la plus légère: telle qu'une secousse, l'action de s'asseoir, la toux, l'action de se moucher suffisent pour la provoquer, intolérable bientôt.

La douleur présente donc ce caractère d'être paroxystique. L'aspect de l'anus est tout à fait caractéristique. Au lieu de présenter une forme conique, une sorte d'infundibulum peu évasé, au fond duquel s'ouvre l'orifice de l'anus, les plis radiés du contour anal proéminent en quelque sorte. C'est une région plane que l'on a sous les yeux, percée à son centre comme le diaphragme d'un instrument d'optique, d'un orifice extrêmement petit. La contracture du sphincter peut donc se constater *de visu* (De Mollière.)

Toutes les fissures à l'anus sont-elles douloureuses? ou le deviennent-elles peu à peu? M. Gosselin les divise en fissures tolérantes et en fissures intolérantes. Dans le premier cas, la malade supporte assez facilement le contact du doigt ou de tout autre corps extérieur. En portant le doigt sur la fissure elle même, on provoque une douleur tolérable et on sent une légère induration qui se prolonge à la hauteur d'un centimètre ou un centimètre et demi, c'est-à-dire qui ne va pas jusqu'au delà de la portion sphinctérienne ou anale de la région.

A la longue cette fissure peut se cicatriser sans traitement. Mais il ne serait pas rare chez ces mêmes malades de rencontrer plus ou moins longtemps après, sur le même point ou à côté une nouvelle ulcération. Il y a donc, selon M. Gosselin, des fissures modérément douloureuses, guérissant spontanément, et pouvant récidiver.

La seconde variété, M. Gosselin l'appelle fissure intolérante, ou fissure de Boyer. C'est celle dont nous avons parlé plus haut. Seulement pour M. Gosselin, la contraction spasmodique du sphincter n'existe pas et la résistance que le doigt éprouve à pénétrer dans le rectum dépend de la tonicité même des faisceaux musculaires qui se relâchent d'ailleurs avec l'âge.

Abandonnée à elle-même, la maladie peut l'améliorer, passer à l'état de fissure tolérante, elle peut même guérir. Mais bien des malades, épuisés par l'abstinence qu'ils s'imposent volontairement pour éviter les garde-robes, maigrissent, s'affaiblissent, deviennent dyspeptiques, hypochondriaques et tombent dans un état de chloro-anémie des plus rebelles.

D'où vient donc la douleur si vive de la fissure anale? Selon M. Gosselin le sphincter anal y contribue, mais seulement par sa tonicité normale et par l'état d'occlusion permanente dans lequel il maintient l'anus. Pendant la défécation, de cette difficulté physiologique de s'agrandir résulte une pression très forte du bol fécal sur le contour de l'anus, qui présente une ulcération dont la douleur est accrue d'autant.

Pourquoi y a-t-il des fissures douloureuses et d'autres qui ne le sont pas? M Gosselin explique ce fait par une aptitude individuelle. Il faut remarquer, à ce sujet, que ces douleurs se montrent surtout chez les individus faibles, nerveux, dyspeptiques, chlorotiques, et surtout chez les femmes après l'accouchement. Cet état névralgique, variable suivant les sujets, est la seule explication possible des différences que présentent les fissures tolérantes et les fissures intolérantes.

L'opinion de M. Gosselin n'est pas universellement acceptée. Ainsi Allingham croit même qu'il y a non seulement spasme, mais encore hypertrophie du sphincter.

Pour Dolbeau la fissure à l'anus est une névral

gie spasmodique avec ou sans fissure. Il déclare qu'il a vu des cas où existaient des douleurs vives, les tortures de la fissure, sans qu'il y eut aucune altération destructive.

Les conséquences de la fissure à l'anus au point de vue de la santé générale peuvent être graves et on ne saurait mieux faire, pour donner une idée des douleurs intolérables qu'elle occasionne parfois que de citer le malade dont l'histoire est racontée par Curling et qui se chloroformait chaque fois qu'il voulait aller à la garde-robe, et cette autre rapportée par le Dr Vivent, relative à un homme qui soutenait à l'Hôtel-Dieu, qu'il eût mieux aimé mourir que d'aller encore à la selle.

La constipation qui est une des causes de la fissure, est donc entretenue encore par la douleur qu'elle procure au malade, et parfois les organes pelviens, sont le siège de symptômes sur lesquels il est bon d'attirer l'attention du praticien, parce qu'ils pourraient lui donner le change sur leur véritable nature.

Chez certaines femmes, il y a synergie entre le col de l'utérus et le sphincte ranal. Aussi voit-on souvent la menstruation augmenter les spasmes de l'anus, et ceux-ci occasionner de véritables coliques utérines.

Baker-Brown a noté, comme symptômes fréquents, une dysménorrhée du caractère le plus grave, l'irritation de la vulve, le vaginisme. « J'ai vu, dit cet auteur, bien des cas dans lesquels on avait employé la sonde et le spéculum et dirigé tout le traitement contre l'état de l'utérus et qui étaient immédiatement guéris par une petite opération sur le rectum. »

Cette sympathie entre les deux organes se marque encore dans la fréquence des fissures anales chez les femmes atteintes de déplacements utérins, et dans ces cas, Allingham insiste sur la nécessité de traiter d'abord l'affection utérine. Les déplacements les plus fréquents qui accompagnent la fissure sont l'antéversion et la rétroflexion.

Les polypes muqueux ou fibreux constituent encore une complication assez fréquente de la fissure à l'anus. Le polype dans ces cas est habituellement situé à la partie supérieure ou interne de la fissure, mais il peut être aussi implanté sur la paroi opposée du rectum (Allingham). Il faut absolument dans ces cas, enlever le polype en même temps qu'on opère l'ulcération, sinon l'insuccès est certain

On a noté encore la fréquence des spasmes vésicaux, compliquant la fissure et pouvant aboutir chez la femme à l'incontinence d'urine, chez l'homme, on rencontrerait la rétention plus communément que l'incontinence. C'est avec la fissure à l'anus qu'on rencontre le plus souvent les rétrécissements spasmodiques.

Enfin il arrive qu'on trouve chez la même malade atteinte de fissure, des troubles utérins et des troubles vésicaux. Soyez convaincu, dit Allingham, que vous avez affaire alors à un cas qui demandera toute votre habileté et une grande patience pour arriver à un résultat heureux.

Au point de vue du diagnostic, nous croyons intéressant d'examiner à quelles erreurs la fissure à l'anus a pu donner lieu.

M. Cazenave (de Bordeaux), cité dans l'excellent ouvrage de M. D. Mollière, a rapporté quatorze observations qui ont donné lieu à des erreurs de diagnostic, soit par défaut d'examen, soit par mauvaise interprétation des symptômes. On a confondu la fissure anale :

Dans un cas, avec une constipation simple ;

Dans deux cas, avec une affection chronique du gros intestin ;

Avec des hémorrhoïdes, dans deux cas ;

Avec un engorgement utérin, dans deux cas ;

Avec une métrite chronique, dans un cas ;

Avec une dysurie simple, dans un cas ;

Avec une irritation du col vésical, deux fois, et, dans les deux cas, on intervint chirurgicalement contre cette prétendue irritation.

Dans une autre circonstance, on crut à la présence d'un calcul vésical. Enfin, dans une autre observation du même auteur, le malade avait, en même temps que sa fissure, un rétrécissement du canal de l'urèthre, dont les symptômes empêchèrent pendant quelque temps de bien apprécier ceux de la fissure.

On voit donc que le diagnostic de la fissure à l'anus présente une grande importance pratique.

Pour examiner une femme atteinte de fissure à l'anus, on peut lui faire prendre deux positions : soit à genoux et sur les coudes, soit sur le côté, à la *méthode anglaise*. Le malade, dit Allingham, doit être couché sur le côté, la cuisse inférieure étendue, la cuisse supérieure fléchie sur le bassin ; dans la majorité des cas, il se charge lui-même de relever, avec la paume de la main, la fesse supérieure. On peut presque toujours apercevoir ainsi l'extrémité supérieure cutanée de la fissure. C'est alors qu'on peut se laisser guider par le malade lui-même ; en général, il porte le doigt en un point du pourtour de l'anus qui correspond à l'ulcération.

Le diagnostic est fait dès que le chirurgien aperçoit la fissure. Mais la chose peut être difficile. Car si la fissure est de celles que M. Gosselin appelle *intolérantes*, elle ne permettra pas l'introduction du doigt pas plus que du *speculum ani*. Dans ce cas, il faudra donc soumettre le malade à l'anesthésie chloroformique. Dans la grande majorité des

cas le toucher suffit seul à établir le diagnostic.

Traitement. — Le nombre des topiques employés contre la fissure à l'anus est grand. Il est inutile d'énumérer ce qui ne peut être utilement conseillé.

Quand la fissure est *tolérante*, on peut exciter la réparation de l'ulcère par de petites cautérisations de nitrate d'argent, ou bien on introduit de petites mèches de charpie enduites de pommades au ratanhia, à la monésia, etc. Les lavements de ratanhia (4 grammes extrait de ratanhia pour 150 grammes d'eau) ont été préconisés par Trousseau.

Dans les fissures *intolérantes*, il y a deux cas à considérer : ou bien les douleurs, quoique vives, peuvent encore permettre un traitement topique, ou bien elles sont intolérables et il faut alors avoir recours absolument à un traitement chirurgical.

Tous les jours, d'ailleurs, il faut prescrire un laxatif léger, afin d'empêcher la constipation et de maintenir les matières fécales en état de fluidité. On peut alors essayer la pommade au ratanhia (4 gr. pour 30 d'axonge), mais surtout l'*iodoforme*. Ce médicament jouit, en effet, d'une puissance cicatrisante très grande, en même temps qu'il est analgésique. Il a été employé dans ces cas par MM. Besnier et Ferréol. On a employé l'iodoforme sous forme de pommade, soit en dissolution dans l'éther, soit enfin sous forme pulvérulente. M. Ferréol recommande surtout la poudre dans les ulcères blafards et atoniques, et dans nombre de cas nous avons constaté l'avantage qu'il y avait à se servir du médicament sous cette forme. L'odeur de l'iodoforme est certainement un sérieux inconvénient, mais quand il est question d'une affection aussi douloureuse que la fissure à l'anus, nous ne comprenons guère les objections tirées de l'odeur d'un médicament.

Quand l'anus n'est pas trop intolérant, on peut maintenir la poudre d'iodoforme de la façon suivante que nous employions dans un service des vénériennes. Une fois l'ulcération saupoudrée d'iodoforme, nous introduisions dans le rectum une très mince mèche de charpie légèrement cératée ou glycerinée et recouverte, elle-même, de poudre d'iodoforme.

Incision. — Par l'incision recommandée par Boyer on agrandit l'ouverture anale, on change en plaie simple une ulcération atonique et sans tendance à la guérison, enfin il ne serait pas impossible qu'elle ait encore l'avantage de modifier l'innervation de la région (Gosselin). On sectionne tantôt le sphincter entièrement, tantôt la moitié seulement. M. Gosselin croit qu'il est très rare que cette opération échoue, elle exige seulement deux ou trois semaines de soins consécutifs.

Dilatation forcée. — La dilatation forcée a été inventée par Récamier. Nous avons donné, en parlant du traitement des hémorrhoïdes internes, le mode opératoire à suivre dans ces cas.

Mais on a signalé des insuccès après cette méthode et des récidives. Allingham dit même que la dilatation brusque amène une déchirure de la muqueuse rectale telle qu'il a rompu une fois une veine en travers et qu'il s'en est suivi une hémorrhagie très abondante. Cependant on peut dire que la méthode de Récamier est aujourd'hui universellement employée en France du moins, et que le nombre des récidives ne paraît pas être bien considérable, quant aux déchirures telles que celle que signale Allingham il suffira de ne pas opérer avec violence, *avec emportement* pour employer l'expression de Chassaignac.

Je suis convaincu, dit M. le Dr Mollière, que si la dilatation était pratiquée avec le soin, la force et la lenteur convenables, tous les chirurgiens auraient recours à cette méthode à cause de son efficacité presque constante et de son *absolue* innocuité.

Ce qui paraît, en effet, probable c'est que l'habitude d'anesthesier les malades, les femmes surtout, a pour effet de déterminer un tel relâchement du sphincter que la dilatation, même extrême et forcée, se fait sans difficulté et ne s'accompagne pas de la rupture des fibres musculaires qui est, dans une certaine mesure, nécessaire à la guérison. L'anesthésie cessant, la contracture reparaît et avec elle les accidents de la fissure. M. le professeur Courty a, pour ce motif, renoncé à l'anesthésie dans cette opération, et toujours il a obtenu de la dilatation forcée un succès constant. La douleur est vive, il est vrai, mais elle est de courte durée. Enfin l'anesthésie chloroformique est encore proscrite par M. le professeur Guyon parce qu'il n'est pas absolument rare d'observer, après la dilatation faite sous le chloroforme, des accidents nerveux de nature très grave, parfois même mortels. Ces accidents ne sont d'ailleurs pas en proportion de la quantité de chloroforme employée, et ils surgissent même alors que la marche de l'anesthésie a été régulière. M. Nicaise les attribue à la surexcitation nerveuse qui accompagne certaines fissures à l'anus. C'est cet état nerveux qui accompagne presque toutes les affections du rectum, qui constitue un des éléments, le plus important, de la fissure à l'anus, et qui fait une place à part dans la pathologie, à cette maladie en apparence si benigne !

Dr P.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

CALCUL URÉTHRAL ; EXTRACTION ; GUÉRISON

Les calculs de la vessie sont beaucoup plus fréquents que ceux des autres parties des voies urinaires. Les calculs de l'urèthre se rencontrent plus rarement, et ils viennent en général de la vessie qui les a expulsés à l'état de gravier; ce dernier s'arrête dans le canal de l'urèthre et acquiert des proportions plus ou moins grandes.

Les calculs peuvent aussi se former de toutes pièces dans l'urèthre, mais il est aisé de concevoir que ces derniers sont fort rares, eu égard au passage rapide de l'urine à travers le canal de l'urèthre.

On observe assez fréquemment des calculs urethraux à la suite de l'opération de la lithotritie. Je n'ai point besoin d'insister sur le mécanisme de leur formation.

Les auteurs s'accordent à dire et les observateurs le prouvent, que les calculs uréthraux de la femme sont très rares; cela tient à la disposition du canal de l'urèthre qui, chez elles, est rectiligne, très court, et, de plus il est plus rarement le siège de retrécissement qui chez l'homme facilite l'arrêt d'un gravier ou d'un fragment de calcul après une séance de lithotritie.

C'est précisément à cause de la rareté de cette affection chez la femme que j'ai pensé à publier l'observation suivante :

La nommée P.... Adèle, ménagère, 51 ans, jouissant d'une certaine aisance, me fait demander il y a deux mois, pour des douleurs extrêmement vives qu'elles ressentait dans le bas ventre, depuis un an environ ; cette femme se plaignait en outre de fréquentes envies d'uriner, et la miction était excessivement pénible et arrachait chaque fois des cris à la malade. Cette pauvre femme pouvait à peine trouver quelques instants de repos, tant la miction était fréquente et douloureuse, aussi la nutrition générale était gravement compromise ; et le facies de cette malade m'avait fait penser tout d'abord que je pouvais bien être en présence d'un cancer quelconque. Des soins médicaux lui avaient été donnés dès le début de sa maladie par un confrère expérimenté ; et les diverses médications qui avaient été mises eu usage alors, indiquaient nettement que le médecin traitant avait diagnostiqué une cystite.

C'est ainsi que la malade prit successivement du goudron, de la tisane de bourgeons de sapin, du bicarbonate de soude, du carbonate de lithine, de la tisane avec stigmates de maïs, des injections intravésicales avec la solution bicarbonatée sodique et aluminée, et plus tard avec du nitrate d'argent. Il y avait bien, en effet, un catarrhe vésical, mais cette affection n'était que secondaire, et encore ce catarrhe ou cette cystite chronique n'existait seulement qu'au col vésical, et il avait été engendré et il était entretenu par la présence d'un calcul volumineux.

Avec les renseignements que me fournit la malade et les symptômes qu'elle accusait, il m'était facile de diagnostiquer une cystite ; mais je n'avais que des présomptions pour affirmer la présence d'un calcul. Je pratiquais le cathétérisme et au moment où ma sonde métallique franchissait le col, j'eus la sensation d'une espèce de frottement sur un corps dur. Je pratiquai en même temps le toucher vaginal et il me fut très facile de sentir la saillie formée par le calcul, dont je pus aussi apprécier plus nettement les dimensions.

Ce calcul était donc situé au voisinage du col vésical, où il s'était formé une espèce de diverticulum où il avait facilement contracté des adhérences et s'était recouvert de mucosités ou de mucus qui avaient empêché les explorations antérieures d'arriver à un resultat précis.

Bien persuadé que j'avais affaire à un calcul volumineux, je dis à la malade que le seul moyen de la guérir était de la débarrasser de ce corps étranger et que les médications les plus variées n'aboutiraient à aucun résultat sans une opération toujours exempte de danger dans les cas de ce genre.

En proie à des souffrances intolérables, la pauvre femme consentit facilement à se soumettre à tout, pour obtenir un soulagement aux tortures qu'elle endurait depuis si longtemps.

Pendant quelques jours je m'occupai de dilater le canal de l'urèthre, et quand je jugeai quo ce conduit etait suffisamment large pour donner passage au calcul, j'allai saisir celui-ci avec des pinces que j'avais fait faire pour cette occasion, et après dix minutes environ de tractions lentes et de quelques légères torsions, je parvins à extraire le corps étranger et qui mesurait 9 centimètres sur 6 de circonférence.

Ce calcul paraît être formé presque exclusivement par du carbonate de chaux. En somme, l'extraction fut facile, bien que le calcul fut adhérent par sa face inférieure à la muqueuse uréthrale. L'opération fut cependant douloureuse, mais elle donna peu de sang ; la face inferieure seule du calcul était légèrement teintée en rouge et recouverte de quelques petits lambeaux de muqueuse.

Des injections émollientes furent pratiquées pendant huit jours dans le canal de l'urèthre. Plus tard j'eus recours aux injections avec la solution de nitrate d'argent, dont les effets furent excellents; et au bout de trois semaines la malade était parfaitement guérie et pouvait reprendre ses travaux habituels.

Brunehamel 9 octobre 1879.

Dr MORA

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

—

Cher confrère,

Vous publiez dans le numéro 15 du journal un article du Dr M... sur les causes qui rendent la profession médicale peu lucrative. Les idées exprimées dans cet article sont fort justes et dénotent de la part de son auteur une saine appréciation de

l'état si précaire de notre profession. Permettez-moi seulement de soulever quelques objections de détail qui n'infirmeront en rien les conclusions de ce travail.

La statistique invoquée par cet honorable confrère, à l'appui de ses assertions, me paraît bien au-dessous de la vérité. Il existe malheureusement en France plus de 14,376 médecins. Je ne puis vous dire le chiffre exact, mais je ne crois pas être éloigné de la vérité en affirmant que, docteurs ou officiers de santé, il existe dans notre pays près de 18,000 médecins; ce nombre est évidemment bien au-dessus de tous les besoins. De là, encombrement dans la profession et situation pénible de la plupart d'entre nous. Le chiffre de 18,000 correspond à un médecin pour 2,000 habitants, alors que le Dr M... reconnait qu'une moyenne de 3,200 habitants par médecin, est seule capable de préserver nos confrères de la gêne.

Eh bien, je n'hésite pas à affirmer que dans certains départements cette proportion de 1 pour 2,000 est encore dépassée. J'ai en ce moment sous les yeux un annuaire du département de la Dordogne et voici le nombre de médecins qui y figurent :

	Population	Drs	Of. Santé	Total	Proportions
	—	—	—	—	—
Ar. de Périgueux..	114.297	54	11	65	1 pour 1.758
— Bergerac...	113.381	45	13	58	1 — 1.954
— Nontron....	78 434	22	6	28	1 — 2.801
— Ribérac....	68.708	34	14	48	1 — 1.431
— Sarlat......	108 814	41	10	54	1 — 2 015
Total...	483.629	199	54	253	1 — 1.911

Comme vous le voyez par ce petit tableau, nous sommes loin de la proportion de 1 pour 3,200, nécessaire, selon le Dr M..., pour que les médecins puissent vivre honorablement de leur art. Dans certains départements du Midi, l'Hérault, le Gard, cette proportion est encore dépassée et il y a au moins 1 médecin pour 1,000 habitants.

C'est en présence de cet état de choses qu'un député, M. Paul Bert qui est, il est vrai, un médecin *in partibus*, n'a pas hésité à affirmer à la tribune que le nombre des médecins était insuffisant et qu'il fallait créer de nouveaux centres d'instruction. Pas une voix, parmi les 40 ou 50 médecins qui faisaient partie à ce moment de l'Assemblée Nationale ne s'est élevée pour protester, à l'exception toutefois du professeur Bouisson, doyen de la Faculté de Montpellier, mais ce n'était pas dans l'intérêt général du corps médical, c'était uniquement dans l'intérêt de l'Ecole dont il était alors le chef et en prévision d'une concurrence ruineuse pour elle.

Puisque personne parmi ceux qui devraient être nos défenseurs naturels, ne s'est occupé de notre situation, c'est à nous de nous protéger nous-mêmes. Le nombre des Facultés de Médecine va toujours croissant. Après Lyon est venu Lille, puis Bordeaux, puis Toulouse. Chaque grande ville veut avoir la sienne. Marseille la réclame à grands cris, Nantes et Rouen font de même; tout cela, sans préjudice des Facultés. dites catholiques, qui se fondent un peu partout.

Il ne faut pas se le dissimuler, cet état de choses doit nous faire envisager l'avenir sous des couleurs sombres; c'est la ruine absolue de la profession médicale, au point de vue pécuniaire, comme au point de vue de la considération. Le niveau des études sera facilement abaissé, les nouvelles écoles ayant tout intérêt à se montrer indulgentes dans la délivrance des grades, pour attirer dans leur sein des élèves plus nombreux. Nos Facultés autrefois estimées seront ravalées au niveau des Universités impossibles d'Italie ou des Etats-Unis, et le titre de docteur français ne vaudra guère plus à l'étranger que celui de docteur de Pise ou de Baltimore.

Je soumets ces idées à l'appréciation de mes confrères, certain de rencontrer leur approbation et de provoquer parmi eux une réaction salutaire contre les projets caressés en haut lieu en matière d'enseignement médical.

Dr L...
Membre fondateur.

De l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires.

Notre note sur l'exercice de la médecine civile par les chirurgiens de l'armée nous a procuré la lettre d'un de nos confrères, le Dr de St-A..., qui nous écrit :

« Exerçant dans une localité voisine d'un camp, un chirurgien militaire, très distingué, fut appelé en mon absence pour donner des soins à quelques civils.

« Je lui fis presque un reproche de la gratuité de soins donnés à des personnes dont la situation n'exigeait pas ce traitement de faveur; il me répondit « qu'il était interdit aux médecins militaires d'accepter aucun honoraire de tout ce qui n'est pas de l'armée. »

« Nous ne connaissons pas l'article du règlement qui édicte cette interdiction. Nous serions les obligés de celui de nos lecteurs qui pourrait nous l'indiquer. »

—

Voici sur le même sujet une lettre d'un de nos membres fondateurs :

« Monsieur le directeur,

A propos du médecin militaire qui exerce au détriment de ses confrères civils dans les villes de garnison, je me permettrai de vous citer un fait qui se passe en ce moment ici. Le médecin-major (2e classe) du : ième de ligne, récemment nommé, s'occupe, paraît-il, des maladies des yeux, et s'annonce comme tel à qui veut l'entendre. Comme je suis spécialiste pour ces affections, je me trouve donc en présence de ce nouveau concurrent sur lequel je ne comptais guère, ma foi.

« Mais voici qui est mieux. Le : ème va tenir garnison à X., mais le dépôt reste à Y. Le médecin-major étant affecté au dépôt, ce brave confrère loue un vaste logement ici, à Z., pour venir y donner trois fois par semaine des consultations spéciales. De sorte que pendant ce temps-là, si ses hommes deviennent malades, nos confrères civils de Y. devront suppléer leur confrère militaire parti en guerre d'un autre côté. Comment ne pas protester contre des faits semblables ?

« Si ces messieurs sont peu payés, c'est à eux de résoudre au mieux de leurs intérêts cette question budgétaire. Ils ont d'ailleurs une retraite honorable ; nous autres, nous avons le plus souvent pour retraite des rhumatismes et des infirmités, voilà notre lot le moins contestable.

« Le remède à cela est tout indiqué par vous en excellents termes : le colonel, le général si c'est nécessaire, doivent veiller à la dignité de nos confrères militaires ; avant d'être médecins, ils sont officiers, et nous croyons qu'un colonel serait peu charmé d'apprendre que quelques-uns de ses capitaines ou lieutenants cherchent un supplément de solde dans telle combinaison peu en rapport avec les devoirs de leurs charges et de leurs fonctions.

« Cette question est assez importante à traiter aujourd'hui que toute ville un peu importante possède une garnison. Libre à nos confrères militaires de grossir nos rangs en donnant leur démission s'ils le jugent convenable, mais nous ne craignons pas de protester pour notre compte personnel et de dire tout haut ce que beaucoup pensent tout bas.

« Agréez, monsieur et courageux confrère, l'hommage de mes sentiments respectueux. »

Dr X...

Membre fondateur du *Concours médical*.

CONCOURS SCIENTIFIQUE

ANALGÉSIE CHIRURGICALE.

Osteo-myélite de l'extrêmité supérieure du tibia. cautérisation.

Le 23 août, à 8 heures, injection de chlorhydrate de morphine 0,02 centigr., administration du chloroforme à 8 h. 30. — Insensibilité de la peau de la région à 8.35. — Cautérisation énergique au fer rouge, achevée à 8.38. Chloroforme employé, 7 graimmes.

Le malade *n'a pas assisté à l'opération,* mais à son réveil qui, l'opération achevée, est provoqué et amené presque immédiatement par des interpellations, il dit qu'il a rêvassé, mais n'a rien senti. A 9 h moins le quart, sa conversation est régulière. Il n'y a pas eu, pour ainsi dire, de période d'excitation.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

I

TRAITEMENT DE L'EMPOISONNEMENT PAR LES OPIACÉS EN GÉNÉRAL

Le traitement de certains empoisonnements, malheureusement assez fréquents, nous a paru de nature à intéresser nos lecteurs. Nous commençons aujourd'hui par l'empoisonnement, par le laudanum et les opiacés en général.

En présence d'un cas d'empoisonnement par le laudanum, trois indications principales se présentent :

1o Tenter de s'opposer à l'absorption du poison et l'éliminer rapidement s'il en est temps encore :

2o Le neutraliser par des antidotes propriétés en se basant sur la connaissance des appropriés chimiques des opiacés ;

3o Enfin combattre les symptômes de l'empoisonnement.

Examinons brièvement ces trois points ;

1o *Elimination du poison.* — La première chose à faire est d'administrer un vomitif, le tartre stibié, par exemple, ou le sulfate de zinc (0 gr. 50 à 1 gr.) préconisé par les médecins anglais. L'un deux, Wood, conseille, afin d'activer la réaction du système nerveux, des affusions d'eau froide sur la tête.

Dans l'administration du vomitif, il importe de bien saisir la question d'opportunité. Il peut arriver, en effet, que l'estomac ne réagisse plus et que l'action du vomitif vienne encore aggraver l'état du malade. Aussi faut-il avoir recours à un moyen dont l'action est très puissante dans beaucoup de dyspepsies, et dont l'emploi a rendu de grands services dans les cas d'empoisonnement. Il s'agit de l'emploi de la pompe stomacale. Grâce à ce procédé, on peut non-seulement introduire les liquides qui lavent pour ainsi dire la surface interne de l'estomac, mais encore faire ingérer au patient des substances pour neutraliser le poison ou combattre son action. Nous ne saurions trop insister sur cette manœuvre et la recommander aux praticiens.

On administre aussi des lavements purgatifs qui faciliteront l'élimination du poison par la voie intestinale.

2o *Neutraliser le poison.* — On a cité et on préconise comme antidotes de l'opium, l'iode (dissous dans une solution d'iodure de potassium : iode: 20 à 50 cent., iodure de potassium 1 à 2 gr., eau, 500 gr.), les substances qui contiennent du tannin et surtout les infusions de café légèrement torréfié.

3o *Combattre les symptômes de l'empoisonnement.* — Nous avons dit que la résolution musculaire et nerveuse étaient les principaux effets du poison, se traduisant par de la somnolence ou du coma, c'est donc à toutes les substances existantes qu'il faut recourir et, au premier rang, il faut placer le café en infusion à très haute dose. Il a le double avantage d'agir par le tannin et par les alcaloïdes (caféine et cafèone) qu'il contient, en même temps que la diurèse est augmentée par la proportion d'eau dans laquelle il est administré.

4o Le Dr *Pallen* (de New-Yorck) a rapporté plusieurs cas d'empoisonnement par l'opium et la morphine traitée au moyen d'injections hypodermiques d'extrait liquide de café de Java, à la dose de 15, 20 et 30 gouttes en une fois. La guérison fut très rapide. On a observé que, si l'on prenait soin de chauffer le liquide, il ne se produisait pas d'accidents, mais qu'une injection froide était suivie d'inflammation et d'abcès.

On forcera le malade à se mouvoir, à marcher ; en un mot en combattra par tous les moyens possibles la tendance mortelle au sommeil. On appel-

lera brusquement le malade ; des aspersions d'eau froide et des flagellations seront renouvelées fréquemment.

Dans les cas plus graves, quand les mouvements du cœur et les mouvements respiratoires sont compromis, on pourra employer les *courants ascendants* qui le réveilleront comme dans l'intoxication par le cloroforme, et dans le même but on peut essayer en dernier ressort la faradisation du nerf phrénique. Mais la respiration artificielle est à coup sûr un moyen moins dangereux et plus pratique qu'on mettra en usage avec grand profit.

La circulation périphérique devra être excitée par tous les révulsifs possibles tels que sinapismes, frictions, etc.

Enfin, on a essayé parfois avec succés l'alcool et les saignées. Ce sont là, nous le pensons, des moyens qui peuvent avoir quelquefois leur utilité et qui pourront rendre des services dans des cas bien déterminés, mais qui exigent une grande prudence dans leur administration.

Quelques médecins avaient cru trouver dans la belladone un antidote de l'opium, se basant sur leur antagonisme physiologique. Mais les expériences de Camus et de Denis ont montré que la mort survenait plus vite chez les animaux auxquels on administrait simultanément les deux substances. Enfin Camus a cité un cas où la mort survint aprés l'administration de la belladone, à petite dose, à côté d'une série de cas traités par l'alcool, les saignées, le café, les vomitifs qui se terminérent par la guérison.

Les médicaments appropriés étant administrés, nous insistons encore une fois sur les excitations naturelles. Il faut, par dessous tout, empêcher la maladie de dormir.

—

II

TRAITEMENT DES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS.

Voici les conclusions d'un mémoire présenté au Congrès d'Amsterdam, par M. le Dr J. de la Faille.

1· Le traitement des tumeurs fibreuses de la matrice dépend principalement des écoulements de sang qui les accompagnent.

2· Le lieu d'insertion des tumeurs et leur développement modifient le traitement.

3· L'administration des médicaments internes a de faibles chances de réussite ; il n'y a que les fibromes intrapariétaux contre lesquels on en puisse faire l'essai. Il en est de même des bains alcalins.

4· Un des traitements les plus rationnels des fibromes intrapariétaux est celui des injections souscutanées d'ergotine.

5· La méthode de dilatation de la matrice, au moyen de l'éponge préparée ou de laminaria, n'est point sans danger ; elle exige au moins un prompt renouvellement des substances dilatatrices.

6· L'écrasement linéaire est préférable à toute autre méthode pour opérer les polypes fibreux.

7· Les fibromes intra-utérins se prêtent le mieux à l'énucléation. Il en est de même des fibromes sous-péritonéaux.

8· En cas de gastro-hystérotomie, le traitement intrapéritonéal du tronc est préférable au traitement extrapéritonéal.

9· L'extirpation totale de l'utérus offre de grands avantages.

10· La castration des femmes est rarement indiquée dans les cas de tumeurs fibreuses de la matrice.

Pour M. Martin (de Bruxelles), les accidents qui suivent les injections sous-cutanées d'ergotine résultent presque toujours l'incurie de l'opérateur. Il a fait lui-même près de cinq cents injections sans accidents.

Quant aux résultats que déterminent ces injections, la guérison a toujours été exceptionnelle, mais il a toujours réussi à enrayer la marche des fibromes et arrêter les hémorrhagies. Il faut toujours employer une solution très pure et souvent renouvelée.

Quelques médecins ont recommandé d'ajouter à la morphine une petite quantité de morphine, afin de remédier aux douleurs parfois très vives causées par l'injection.

Depuis quelque temps, les médecins américains ont substitué l'ergot de froment à l'ergot de seigle.

Rappelons que M. Delore conseille aussi les injections d'ergotine, mais faites dans le tissu utérin lui-même.

M. Aimé Martin a fait connaître de remarquables observations de tumeurs fibreuses, guéries ou améliorées par l'usage des courants continus. M. Leblond a employé ce moyen dans un cas où les injections d'ergotine avaient échoué, et il en a obtenu d'excellents résultats en ce qui concerne l'hémorrhagie.

CHRONIQUE

—

— Par suite du voyage que M. le Ministre de l'instruction publique vient d'accomplir, les difficultés locales, depuis longtemps pendantes, relativement à la création de nouveaux établissements d'instruction supérieure dans les grandes villes du Midi et la réorganisation des Facultés qui existent déjà, ont été aplanies ou sont tout près de l'être. A Bordeaux, les bases d'un contrat ont été arrêtées et signées entre l'Etat et les délégués du Conseil municipal. A Toulouse, la municipalité, qui se montrait hésitante, s'est engagée à tenir les promesses qu'elle avait faites. Il en a été de même à Marseille, à Montpellier et à Lyon.

Le martellement. — Les tribunaux de la Seine-Inférieure ont eu à juger dernièrement une affaire très-curieuse. Il s'agit de mutilations volontaires exercées sur des jeunes gens dans le but de les faire échapper à la conscription. Cette opération s'appelle le martellement ; elle consiste dans la déformation des orteils, ou de l'un des orteils, produite par la rétraction provoquée des fléchisseurs, de telle façon que l'individu affecté de cette infirmité, marche sur l'extrémité des orteils au lieu de

s'appuyer sur le sol par leur face plantaire. D'après l'enquête faite à la suite d'une dénonciation, il résulte que le martellement est pratiqué dans le pays depuis plus de quarante ans, et que depuis 1839, on a fait exempter ainsi tous les conscrits à l'exception de trois.

Il n'a pas été possible, croyons-nous, d'obtenir des renseignements sur la façon dont cette opération est pratiquée. Quant au jeune homme dénoncé, il a été prouvé qu'autrefois bon marcheur, il était à peine sorti pendant l'hiver dernier, et qu'il s'était abstenu complétement depuis plusieurs mois de paraître au bal du village. Les médecins militaires qui l'ont examiné ont reconnu, paraît-il, que l'opération du martellement avait été pratiquée sur lui à une époque récente.

Il est au moins bizarre que, pendant quarante années, on ait pu opérer cette mutilation sur tous les conscrits, moins trois, d'un village, sans que l'attention ait été éveillée. Les médecins militaires pressentant les découvertes physiologiques de Brown-Séquard, ont-ils pensé que ces déformations étaient héréditaires? La chose mériterait d'être vérifiée. Nous connaissons des cas d'hérédité de rétraction congénitale de l'un des orteils. Les médecins du pays où ces faits se sont produits, auraient là le sujet d'intéressantes recherches au point de vue physiologique et au point de vue médico-légal.

(*Journal des Connaissances médicales*).

— VIANDE DE CHEVAL. — Depuis quelques dix ans la viande de cheval est entrée pour une petite part dans l'alimentation de la classe ouvrière des grandes villes. Pendant le siége de Paris, on a consommé plus de 65,000 chevaux, soit environ douze millions de kilogrammes de viande de cheval. A Lyon, la consommation annuelle peut être évaluée à 1,500 chevaux, ânes ou mulets, représentant 250,000 kilogrammes de viande nette. Quelques autres grandes villes ont également des boucheries de cheval. La viande de cheval trouve son écoulement dans la population ouvrière qui commence à la rechercher et à comprendre qu'il vaut mieux manger deux fois du cheval sain et nourrissant, qu'une seule fois du bœuf de qualité inférieure : le prix de la viande de cheval, en effet, ne dépasse pas la moitié du prix de la viande du bœuf.

VARIÉTÉS

—

RELATION DE L'INTELLIGENCE ET DE LA CAPACITÉ DU CRANE.

M. le Dr Lebon, préoccupé d'ajouter des preuves à celles que l'on possède déjà de la relation de l'intelligence et de la capacité du crâne, a eu l'idée excellente de mesurer une série de crânes d'hommes illustres de la collection de Gall qui se trouvent au Muséum. Le résultat de ces jaugeages est péremptoire. Quelques-uns de ces crânes appartenant à des hommes notoirement médiocres, ont seuls une capacité au-dessous de la moyenne, qui est d'environ 1550 c. c. pour les Parisiens. Voici d'ailleurs la liste des sujets les plus connus de la série, qui est de 42 crânes, et la capacité de ces crânes en centimètres cubes :

1365 c. c. Roquelaure, évêque de Senlis, aumônier de Louis XV, de l'Académie française.
1505 — Alxinger, poète oublié.
1510 — Wurmser, général autrichien battu.
1525 — Juvénal des Ursins.
1660 — Unterberger père, peintre et mécanicien habile.
1690 — Boileau.
1692 — Gall.
1700 — Descartes.
1700 — Thévenin, chimiste éminent.
1715 — De Zach, célèbre astronome et mathématicien.
1725 — Le maréchal Jourdan.
1750 — Jean sans Peur.
1770 — Abbé Gauthier, auteur d'ouvrages pédagogiques estimés.
1790 — Blanchard, aéronaute célèbre.
1850 — Volta.
1950 — Spurzheim.
1950 — La Fontaine.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

Dr C. de la R. Eaux Bonnes (Basses-Pyrénées). — 24 Septembre.

Nous acceptons très volontiers votre œuvre.

Dr. F. à M. (Bouches du-Rhône). — 24 Septembre.

Nous ne pouvons comprendre pourquoi vous recevez deux exemplaires. Si cela continue, veuillez nous envoyer un d'eux avec les deux bandes.

Dr. P. à G. (Gard). — 24 Septembre.

Vous êtes fondateur.

Dr S, à T. (Aude). — 24 Septembre.

Cette question a été agitée bien souvent et ne parait pas près d'être résolue selon vos souhaits !

Dr M. à L. H. (Vendée). — 26 Septembre.

« *Quoique j'espère me trouver à l'abri du besoin des ressources futures de l'association. Je comprends néanmoins le but avantageux que vous poursuivez pour le corps médical, surtout pour sa prospérité morale et son union sincère. . . C'est la meilleure raison pour me décider à accepter franchement votre programme.* »

Dr G. à L. en B. (Côte-d'Or). — 26 Septembre.

Notre format peut difficilement se modifier. Au 1er Janvier nous pourrons peut-être agrandir les marges.

Dr P. à Q. S. D. (Nord). — 20 Septembre.

Vous trouverez la réponse dans le numéro du *Concours Médical* : EXERCICE DE LA PHARMACIE PAR LES MÉDECINS.

Dr L. à M. (Côte-d'Or). — 6 Octobre.

Nous avons pensé à employer le procédé que vous nous indiquez pour l'annuaire et vous écrirons pour profiter de votre offre gracieuse quand le temps en sera venu.

Dr B, à R. (Seine-Inférieure). — 12 Septembre.

Nous ne ferons pas la démarche indiquée, nous aurions préféré que cette affaire fut provoquée par vous.

Dr M. à St-A. (Loir-et-Cher). — 10 Septembre.

« *Surtout ce qui suffirait à motiver ma lettre, c'est que vous vous efforcez d'élever le niveau scientifique du journal. C'est ainsi que vous vous attacherez le plus grand nombre de lecteurs fidèles. Elle est très-intéressante et très vraie, la clinique Richet sur les accidents tardifs de certaines fractures comminutives ; j en ai justement sous les yeux un exemple remarquable dont je pourrais vous adresser l'observation si vous le jugez à propos (issue d'esquilles après 5 ans.* »

Volontiers et merci des deux noms. Vous êtes fondateur.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 19 8 novembre 1879

BULLETIN DE LA SEMAINE.

—

La séance de l'Académie de médecine a été occupée par quelques communications intéressantes. M. Maurice Raynaud à donné lecture d'une note relative à la transmission de la rage au lapin. M. Raynaud à eu dans son service un homme atteint de rage, et il en a profité pour inoculer du sang et de la salive à des lapins chez lesquels la transmission du virus rabique se fait avec une extrême facilité. Les inoculations avec le sang n'ont donné que des résultats négatifs : par contre, un lapin auquel M. Raynaud inocula de la salive provenant de son patient tomba malade trois jours après, et succomba le quatrième, après avoir présenté des phénomènes convulsifs avec bave à la bouche et coma terminal. Sur deux autres lapins M. Raynaud inocula, à chacun, l'une des glandes maxillaires enlevées au premier animal dont il vient d'être question. Tous deux succombèrent après avoir présenté les symptômes de la rage, ce qui démontre bien que cette maladie n'est pas unilatérale, comme on l'a soutenu dans ces derniers temps.

De la communication de M. Raynaud il y a une conclusion pratique à tirer. Jusqu'ici on ne connaissait aucun fait probant qui permît d'affirmer que la rage se transmet directement de l'homme à l'homme. Les expériences de M. Raynaud rendent cette transmissibilité très-vraisemblable.

Un médecin très distingué des Mines de Commentry M. le Dr S. P. Fabre, déjà connu pour ses intéressants travaux sur l'anémie des mineurs, à fait une communication sur les manifestations cutanées de la lymphadénie à propos d'un cas de *mycosis fongoïde*.

Enfin M. Dumontpallier à fait connaître ses recherches sur *l'analgésie locale périphérique*, dont voici les conclusions ?

1. Toute injection sous-cutanée médicamenteuse est une opération complexe, dans laquelle il convient de faire la part du médicament et la part de l'irritation locale.

2. L'irritation locale est transmise de la périphérie aux centres sensitifs, et détermine dans ces centres une modification dont la conséquence est la cessation ou la diminution de la douleur périphérique.

3. Le siège réel, anatomique, de certaines douleurs périphériques serait donc dans les centres sensitifs. Cette assertion nous semble démontrée par l'action croisée de l'irritation périphérique provoquée.

4. L'irritation périphériqne « loco dolenti, » ou dans le voisinage du point douloureux, calme ou fait cesser la douleur. De plus, lorsque l'irritation est pratiqué en des points symétriques sur le côté du corps opposé au siège de la douleur, cette irritation suffit souvent pour déterminer la cessation complète et durable de la douleur.

Enfin M. Javal a donné lecture d'un travail sur les *livres scolaires*, et la *myopie*, sur lequel nous reviendrons prochainement et M. Collin, de nouvelles recherches sur *l'étiologie du charbon.*

L'*hysterotomie* est devenue le sujet des discussions de la Société de chirurgie, et la question reviendra sans doute à l'Académie.

REVUES GÉNÉRALES

—

I

QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA SCIATIQUE ET SON TRAITEMENT.

Caractérisée par la présence de douleurs sur le trajet du nerf sciatique et de ses branches, limitée parfois à la région fessière ou s'étendant jusqu à la plante des pieds et aux orteils, la névralgie sciatique présente, au point de vue pratique, un intérêt de premier ordre.

On a considéré longtemps les névralgies comme de simples névroses, c'est-à-dire comme des troubles fonctionnels indépendants de toute lésion matérielle du nerf. L'opinion contraire tend à prévaloir aujourd'hui, et on est porté à admettre que, s'il y a une distinction à établir entre la névralgie et la névrite, l'une et l'autre sont cependant dues à des degrés différents de l'état inflammatoire des nerfs.

Les caractères permettant d'établir une différence symptomatique entre la névralgie et la névrite sont loin d'avoir une valeur absolue. La paralysie musculaire se développant à la suite de la névrite serait un bon caractère, mais seulement pour les cas où il s'agirait d'un nerf mixte.

Au point de vue du traitement qui nous occupe surtout ici, nous avons à rappeler certains faits bien connus, mais qui cependant, s'ils n'étaient pas toujours présents à la mémoire des praticiens pourraient causer de réels mécomptes.

Avant d'instituer un traitement de la sciatique, il est nécessaire de se demander si elle n'est pas due, par exemple, à une tumeur comprimant le nerf dans une portion quelconque de son trajet. A ce point de vue, les affections du rectum ont une grande importance. En effet, on rencontre parfois la sciatique dans les hémorrhoïdes, dans le cancer du rectum (dans ce cas la sciatique est double), etc. Aussi ne faut-il pas négliger l'exploration du rectum avant d'instituer un traitement. La sciatique peut être encore due à des productions morbides intra-vertébrales, à des altérations des méninges spinales ou des vertèbres lombaires ; ou enfin à des tumeurs abdominales ou pelviennes ou même siégeant sur le membre inférieur. Il est bien évident que dans ces cas, on ne pourra guère espérer guérir la sciatique, et qu'il faudra se contenter de moyens palliatifs que nous indiquerons d'ailleurs.

La sciatique peut avoir pour cause une infection siphylitique ou miasmatique. Dans le premier cas; l'iodure de potassium à hautes doses est indiqué ; dans le second cas, c'est au sulfate de quinine qu'on aura recours.

La syphilis est une cause pour ainsi dire banale des névralgies. Peut-être ne songe-t-on pas toujours assez à son influence sur la production de la sciatique. Quant au miasme paludéen, on fera bien, en l'absence de cause démontrée de la sciatique, d'admettre son influence et d'instituer le traitement par le sulfate de quinine. Selon une très-juste réflexion d'Hammond, il faut se rappeler que souvent la névralgie faciale est le seul signe de l'influence de l'intoxication paludéenne. D'autre part, même dans les cas où l'influence miasmatique est peu ou pas acceptable, cette névralgie cède sous l'influence de hautes doses de quinine. Dans ces conditions, il est de judicieuse pratique d'essayer le sulfate de quinine, dans la sciatique et quand il ne réussit pas, de recourir à l'usage de l'arsenic. Dans beaucoup de cas de névralgie d'origine paludéenne, l'arsenic rend de grands services quand le sulfate de quinine a échoué. Fowler avait déjà employé l'arsenic dans les névralgies rebelles, mais il avait rencontré un sérieux obstacle dans les accidents gastriques causés par ce médicament. Ce sont ces accidents qui ont déterminé Hammond à employer la liqueur de Fowler sous forme d'injections hypodermiques. Il est à remarquer que l'arsenic, de même que le sulfate de quinine agit, d'ailleurs, en dehors de toute origine palustre des névralgies.

A côté de la syphilis et de l'intoxication paludéenne, nous trouvons la diathèse goutteuse et la diathèse rhumatismale. Dans le premier cas on a préconisé les préparations de colchique. Depuis que le salicylate de soude est entré dans la thérapeutique, on y a recours contre la sciatique, parfois avec succès. Il est eviden t que si la névralgie est bien nettement rhumatismale le salicylate de soude aura une action utile et que même en dehors de ces cas on peut espérer obtenir une amélioration due aux propriété analgésiques du nouveau médicament. M. le professenr G. Sée a obtenu quelques guérisonse de sciatiques rhumatismales par le salicylate de soud.

La médication tonique et reconstituante devra être employée dans tous les cas de sciatique qu'elle qu'en soit d'ailleurs la cause ; au premier rang se placent l'huile de foie de morue, les préparations ferrugineuse et le quinquina.

L'ergot de seigle a rendu quelques services à Hammond, à la dose de 4 grammes ou plus de teinture trois fois par jour.

En dehors de ces médications qui sont dirigées contre l'état général du malade et contre la cause présumée de l'affection; nous trouvons quelques médicaments qui agissent en arrêtant les paroxysmes ou en atténuant l'excitabilité nerveuse et par conséquent la douleur.

L'opium, et surtout la morphine se place au premier rang, sous forme d'injections hypodermiques.

Hammond pratique l'injection dans le tissu même du nerf ou du moins aussi près que possible du tronc nerveux. Le Dr Lawson porte la pointe de la seringue à la profondeur d'un pouce ou d'un pouce et demi sans avoir égard au nerf; toutefois il recommande de pratiquer l'injection dans son voisinage plus ou moins immédiat.

Hammond croit qu'il est préférable d'atteindre le nerf avec l'extrémité libre de la canule et de faire alors l'injection. Choisissez, dit-il, un endroit dans la partie postérieure de la cuisse, à peu près à quatre pouces au-dessous du grand trochanter et à un pouce en dehors de la ligne médiane ; enfoncez la pointe de la canule perpendiculairement et à une profondeur qui varie généralement de un à deux pouces, vous atteindrez presque infailliblement le nerf ainsi que le témoigne la sensation légère de tressaillement accusée par les malades dans les parties du point lésé. Vous injectez ensuite la quantité voulue et vous retirez la seringue si le nerf n'a pas été atteint, l'injection ne doit pas moins être faite.

La dose injectée est généralement de deux gouttes d'une solution contenant 1 gr. de sel dissous dans 8 grammes d'eau, et qui représente par conséquent 1 centigramme de principe actif. On peut augmenter graduellement la dose, si besoin est, jusqu'à 3 centigrammes. Une injection par jour suffit généralement, mais dans des cas extrêmes il en faut faire parfois jusqu'à deux.

En général le résultat favorable est très rapide. « J'ai vu, dit encore Hammond, des malades qui marchaient avec la plus grande difficulté quitter mon cabinet de consultation, alertes, dispos et sans souffrances, quelques minutes après l'injection.

Selon le Dr Lawson ce mode de traitement peut amener la guérison radicale de la sciatique.

Nous ne citerons pas ici toute la série des médicaments anti-névralgiques ou soit disant, tels qui ont été employés dans la sciatique avec des résultats fort divers.

Le chloroforme et l'éther ont été administrés en inhalations contre les paroxysmes douloureux.

On cite encore les boissons alcooliques, l'eau-de-vie, qui à la dose de 30 ou 60 grammes ont pu couper court à un accès de névralgie.

La strychnine soit par la voie hypodermique, soit par la voie stomacale a été employée parfois comme tonique du système nerveux. C'est aussi à ce titre qu'on prescrit le phosphore, principalement sous forme de phosphure de zinc. On peut associer le phosphure de zinc à la strychnine, selon la formule de Hammond que nous avons déjà reproduite.

(Voir *Concours médical* n° 1). C'est surtout chez les individus surmenés ou épuisés que ces médicament sse sont montrés utiles.

Les moyens locaux préconisés contre la névralgie sciatique sont nombreux et très connus. Ils peuvent être variés jusqu'à l'infini.

Nous signalerons le moyen préconisé par le Dr Thompson. Il consiste dans l'application directe sur la peau d'eau chaude à 85 et 95 degrés.

Duchesne (de Boulogne) en 1850 à expérimenté la faradisation cutanée dans le traitement de la sciatique. Mais le courant galvanique est aujourd'hui presque exclusivement usité.

Le procédé généralement employé est le suivant ; on applique le pole positif sur la région lombaire, ou au niveau de l'échancrure sciatique (courant descendant) le pole négatif dans le creux poplité. puis successivement sur le trajet du nerf. Les séances ont une durée de dix minutes et le courant est assez intense (vingt-cinq à trente-cinq éléments) Les séances doivent être répétées tous les jours ou tous les deux jours.

Le courant galvanique agit, non seulement sur l'élément douleur, mais encore sur les atrophies musculaires qui accompagnent quelquefois la sciatique. On sait en effet, que le nerf sciatique est un nerf mixte. Hammond recommande d'employer, en même temps que l'électricité, les autres agents de la médication générale appropriés a la cause de la maladie.

Dans le cas de sciatique rebelle à tous ces traitements, on pourra avoir recours aux injections hypodermiques de nitrate d'argent ou de chloroforme qui ont été récemment introduites dans la pratique et sur lesquelles nous entrerons dans quelques détails.

Les injections interstitielles de nitrate d'argent ont d'abord été préconisées par le Dr Luton (de Reims). Elles ont été l'objet de quelques travaux intéressants que nous résumons d'après le travail du Dr Dureau (thèse de Paris. 1877) qui a formulé ainsi les conclusions de son travail.

I. C'est contre les névralgies anciennes et rebelles que nous recommandons les injections de nitrate d'argent.

II. Ces injections irritantes au sein des tissus ne sont pas à redouter comme on le croit généralement.

III. Le mode d'application du médicament permet de se rapprocher du point malade, et par tant, donne plus de sûreté à son action.

IV. La guérison ou l'amélioration sont très-rapides.

V. Enfin cette méthode est moins effrayante et beaucoup plus efficace que le fer rouge qu'on emploie si souvent.

L'injection de nitrate d'argent est assez douloureuse, elle est suivie d'une induration qui se termine soit par résolution, soit par inflammation et suppuration, mais toujours les accidents inflammatoires sont limités et de petite dimension.

En général, l'effet curatif est très prompt à se produire.

On se sert pour pratiquer l'opération d'une seringue de Pravaz, et on enfonce la canule de façon à dépasser le derme. Si on injecte trop superficiellement, on produit une mortification du derme qui est longue à guérir et qui amène des cicatrices difformes.

Le lieu d'élection de la piqure varie avec les points douloureux C'est au lieu où la douleur est la plus vive qu'elle doit être faite.

Le docteur Damaschino qui a employé les injections de nitrate d'argent avec avantage, se sert d'une solution au quart, à la dose de cinq gouttes M. Luton varie le titre de la solution (au 10° ou au 5°) et aussi la quantité (5, 20, 24 gouttes). M. Gerin-Roze emploie une solution au 15° à la dose de quinze gouttes.

Les *injections interstitielles de chloroforme* ont été faites pour la première fois en France, par M. E. Besnier. D'après M. A. Lemaire qui a étudié ce mode de traitement (thèse de Paris, 1879), c'est surtout dans la sciatique que cette méthode a donnée les meilleurs résultats. Si au lieu de faire l'injection sous-cutanée, on introduit l'aiguille dans la profondeur des tissus, on peut être sûr qu'on soulagera les malades sans les exposer à aucun accident. Tous ceux qui s'occupent de thérapeutique sont unanimes maintenant sur ce point, et pour s'en convaincre il suffit de lire les comptes rendus de la Société de thérapeutique de 1878. Ceux-là seuls ne sont pas partisans de la méthode, dit encore M. Lemaire, qui ne l'ont pas essayée ou qui l'ont essayée insuffisamment. Sans doute, toutes les sciatiques ne sont pas guéries pour toujours par les injections, mais les douleurs sont diminuées momentanément dans toutes, et quelques-unes sont radicalement guéries. Il n'est pas étonnant que M. Féréol ait eu deux insuccès dans deux cas de sciatique traités par les injections de chloroforme (Société de thérapeutique du 27 février 1878). Mais ne voyons-nous pas dans la même séance M. Constantin Paul déclarer que dans un cas, il est arrivé à un résultat que nul traitement ne lui avait encore donné? M. Dujardin-Baumetz qui déjà a fait de nombreuses expériences se rallie à l'avis de M. Constantin Paul. Ainsi donc, deux médecins, dont personne ne conteste l'intelligence thérapeutique, s'accordent à admettre l'efficacité des injections de chloroforme dans la sciatique.

M. Duran, dans sa thèse (Paris, 1878) avait déjà rapporté plusieurs cas de cette affection guérie par les injections.

M. Lemaire a observé, pour sa part, sept cas de névralgie sciatique traités par la méthode que nous étudions. Dans deux seulement, le succès fut complet ; dans quatre autres, il y eut une notable amélioration ; dans un seul, le traitement n'amena pas de résultat avantageux. On n'observa d'ailleurs aucun accident à la suite des injections, qui toujours furent profondes.

M. Lemaire est persuadé que les succès complets eussent été plus nombreux s'il avait eu affaire à des sciatiques franches, c'est-à-dire à des névralgies violentes avec points douloureux bien nets.

Voici le manuel opératoire employé par M. Lemaire :

Pour faire les injections de chloroforme, on se sert d'une seringue de Pravaz, qui ne se détériore pas sous l'influence du chloroforme.

Voici les principaux caractères qu'il faut exiger de ce liquide :

1° Il doit être limpide, s'évaporer sans laisser du résidu, conserver jusqu'à la fin de l'évaporation l'odeur agréable qai lui est propre.

2° Il doit être neutre quand on l'essaie à l'aide de papier de tournesol.

3° Si on le verse dans l'eau, il doit tomber au fond du vase sans se troubler ; il devient laiteux s'il est impur.

4° Pour reconnaître s'il a été additionné d'alcool, on en verse une certaine quantité dans un vase où on a placé un mélange à parties égales d'eau distillée et d'acide sulfurique à 66 degrés ; le liquide tombe au fond du vase s'il est pur et flotte à sa surface s'il est alcoolique. (Soubeiran.)

5° Le chloroforme alcoolique coagule l'albumine.

6° La présence du chlore et de l'acide hypochloreux sera décelée par l'azotate d'argent qui donnera un précipité blanc.

La manière de procéder à l'injection varie suivant qu'on veut faire l'injection profonde ou superficielle.

On a commencé par faire les injections dans le tissu cellulaire sous-cutané. Voici comment M. Besnier conseille de pratiquer cette petite opération :

Pour être sûr de ne pas pénétrer dans une veine, ce qui produirait les plus graves accidents, il faut absolument introduire l'aiguille seule : elle donnerait une petite gouttelette sanguine si elle était engagée dans un vaisseau.

Il faut que l'injection soit toujours faite sous l'hypoderme, c'est-à-dire sous le sous-sol du tégument externe, dans l'épaisseur de la couche cellulo-adipeuse sous-cutanée dont l'épaisseur varie suivant les régions et l'embonpoint des sujets. Cette couche présente, en même temps qu'une tolérance toute particulière et une insensibilité très-prononcée aux injections, une faculté d'absorption très-active. L'aiguille, lorsqu'elle est bien acérée et huilée exactement, peut être enfoncée sous la peau sans douleur appréciable ; une fois la face profonde de la peau dépassée, elle doit être engagée seulement dans l'hypoderme, mais aussi loin de la face profonde, obliquement ou verticalement, que le permet la région ; aussitôt que la pointe de l'aiguille rencontre les parties sous-cutanées proprement dites : aponévroses, muscles, périoste, etc., la sensibilité reparaît. Le maniement de l'aiguille à la main est extrêmement facile, dès que la pointe a dépassé la face profonde du derme ; il est très-aisé, si elle est maintenue dans l'hypoderme, de l'y mouvoir dans toutes les directions et de placer son extrémité au point convenable. Cela fait, l'adaption de la seringue ne présente aucune difficulté et l'injection peut être exécutée avec la plus absolue sécurité, aussi bien au point de vue des accidents locaux que des accidents généraux.

On peut faire encore l'injection directement dans les parties profondes : au lieu d'être sous-cutanée, l'injection est intra-musculaire. C'est ainsi qu'on agit dans le traitement des sciatiques, et jamais par ce procédé on n'a eu le moindre accident. L'opération est peut-être un peu plus douloureuse.

« Prenant la canule, nous l'introduisons à peu près perpendiculairement dans la direction du nerf sciatique et au niveau du point que le malade indique comme le plus douloureux. Nous adaptons ensuite la seringue et nous poussons doucement l'injection. Il faut avoir soin de boucher immédiatement le trou fait par la canule, car le liquide très-fluide tend à s'écouler au dehors. Nous avons l'habitude de pratiquer, soit pour les injections de chloroforme, soit pour les injections de toute autre substance, un léger massage qui a pour but de favoriser l'absorption et en même temps d'empêcher la formation de nodus douloureux et d'abcès. »

La quantité de chloroforme varie suivant les cas. Veut-on soulager une douleur locale, 10, 20, 30 gouttes matin et soir suffiront. Veut-on obtenir une action hypnotique ou anesthésique, alors il faudra recourir à de plus fortes doses. M. Dujardin-Beaumetz a été jusqu'à 12 grammes.

Pour prendre un exemple, supposons une sciatique que nous voulons traiter par les injections de chloroforme. Nous commençons par chercher exactement les points douloureux. Nous faisons alors une première injection le matin (2 grammes) au niveau de l'échancrure sciatique. Le soir, nous faisons une autre injection au niveau du point péronier. Le lendemain matin, nous pratiquons la même opération là où la douleur est la plus vive, et nous injectons ainsi matin et soir 2 grammes de chloroforme pendant deux, trois ou quatre jours. Au bout de ce temps, si nous n'avons obtenu aucun effet, nous cessons les injections. (1).

—

II

DES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES DANS L'INFECTION PUERPUÉRALE.

Les injections intra-utérines, employées dans le but de combattre les accidents si graves des suites de couches, ont surtout été employées et étudiées en Allemagne et en Angleterre.

En France, il semble qu'il y ait eu toujours un peu de répugnance à leur égard et cela, sans aucun doute, à cause des opinions qui ont régné et règnent encore dans l'esprit de beaucoup de gens sur la nature de la fièvre puerpuérale. En 1858, l'Académie de médecine discuta cette grande question de la *fièvre puerpuérale* et les orateurs qui prirent la parole se divisèrent absolument sur ce sujet. Ainsi les uns comme Paul Dubois, Depaul, Danyau, Trousseau disaient que la fièvre puerpuérale était une réalité dont l'*essence* était inconnue et la cause insaisissable comme celle du choléra, du typhus. Pour ces illustres médecins le point de départ n'en était jamais dans les métrites et les péritonites, ni dans la pyohémie des femmes en couches, non plus que dans la suppression des lochies et de la sécrétion du lait. Pour Trousseau, la fièvre puerpuérale était une maladie spécifique, frappant également les individus qui ne sont pas dans des conditions de puerpuéralité. On a qualifié ceux qui soutenaient cette opinion d'*essentialistes* tandis que le nom de *localisateurs* s'appliquait à Beau, Pyorry, Cazeaux, Pidoux, Velpeau qui soutenaient que la fièvre puerpuérale n'était autre chose qu'une phelgmasie de l'utérus, ou le plus souvent du péritoine, consécutive au traumatisme de l'accouchement.

Cette opinion est l'opinion moderne, mais on comprend facilement qu'elle ne règne pas encore absolument et il en résulte cette conséquence que le traitement des accidents puerpuéraux par des moyens locaux comme les injections intra-utérines restent sans écho. Si l'infection puerpuérale est essentielle et indépendante d'une lésion matérielle de l'utérus, il est inutile de chercher à modifier par un agent médicamenteux quelconque la surface interne de cet organe. »

Le traitement des accidents puerpuéraux, sous l'empire de ces opinions essentialistes est ainsi apprécié par M. Depaul, « c'est un aveu triste à faire, mais je crois être dans le vrai en déclarant que le traitement de la fièvre puerpuérale est encore à trouver.

L'opinion qui tend aujourd'hui à prévaloir et qui a pour conséquence une thérapeutique nouvelle est la suivante : la fièvre puerpuérale n'est pas une entité morbide, c'est une série d'accidents locaux et généraux qui reconnaissent pour cause l'absorption de matières septiques à la surface des solutions de continuité du canal utéro-vaginal. Cette absorption ayant, pour voie habituelle, les veines et les vaisseaux lymphatiques.

(1) A. Lemaire. (Thèse de Paris.)

D'après Quinquaud on rencontrerait par ordre de fréquence : la péritonite, la phlébite, la lymphangite, le phlegmon diffus, l'érysipèle, la pleurésie, les phlébites périphériques, la gangrène, l'éruption scarlatinoïde, la méningite, l'endocardite et enfin la dégénérescence aiguë du foie et des reins. Quant aux matières infectieuses, elles proviennent de la femme elle-même, *auto-infection,* ou bien du dehors, du milieu dans lequel elle se trouve.

Ces vues nouvelles sur la fièvre puerpuérale devaient conduire le praticien, surtout depuis l'introduction de la méthode antiseptique, d'une part, à placer la femme en dehors des conditions d'un milieu infectieux, tel qu'une salle d'hôpital, ce qui est du domaine de l'hygiène, et de la prophylaxie des accidonts puerpuéraux, et, d'autre part, à combattre directement cette absorption si souvent fatale.

Les injections intra-utérines ont été l'objet de nombreux travaux. En France, tout récemment, le Dr Joanny Rendu a publié, sur ce sujet, un travail très-intéressant, qui résume la pratique de ses maîtres de la Faculté de Lyon.

M. J. Rendu examine les objections faites à l'emploi des lavages intra-utérins, et qui sont les suivantes :

Le liquide peut pénétrer dans la cavité péritonéale par les trompes de Fallope?

Rien n'est prouvé à cet égard, et si quelques cas ont été cités et ont de suffisants caractères d'authenticité, ils sont tellement rares que, dans une maladie aussi grave, il est permis de négliger cet accident. Jamais, d'ailleurs, les expériences n'ont pu démontrer ce passage si redouté.

Les injections intra-utérines produisent des hémorrhagies?

Cette objection est plutôt théorique. On pouvait craindre que le liquide injecté ne déplace les caillots oblitérant le sinus et qu'une hémorrhagie plus ou moins grave ne se produise. Or, les médecins qui ont le plus d'expérience de ce mode de traitement déclarent avoir observé cet accident très-rarement. Il faut, d'ailleurs, pousser le liquide dans l'utérus avec une force modérée. M. Rendu a fait lui-même plus de cinquante lavages utérins et jamais il n'a vu d'hémorrhagies se produire. Il injectait un litre et demi à deux litres de liquide, à l'aide d'un grand irrigateur Eguisier, qu'il ouvrait d'abord à moitié et eusuite en plein.

L'air peut-il entrer dans le sinus utérin?

Ce serait là incontestablement un accident des plus graves. Ce qui a donné lieu à cette crainte, ce sont les cas de mort subite qu'on observe quelquefois après l'accouchement. Cependant, excepté un seul cas, toutes les observations de mort subite ont eu lieu en dehors de toute espèce d'injection.

On a dit encore que *les injections intra-utérines produisaient des frissons, des métrites, des péritonites.*

Pour soutenir cette objection, il faudrait des faits, des observations, et c'est précisément ce qui manque aux adversaires du traitement que nous étudions ici.

On peut dire que l'observation clinique établit l'innocuité des lavages intra-utérins.

A Lyon, Laroyenne a fait pratiquer ces injections chez plus de *quinze cents femmes,* et sur ce nombre considérable, il n'a observé que deux accidents, mal définis : douleurs internes vives au moment de l'injection et durant toute la journée.

Le professeur Carnofski, de Saint-Pétersbourg, a employé les lavages intra-vaginaux dans plus de *huit cents cas,* et il n'a pas eu plus d'accident.

Les professeurs Schroder et Gusserow, de Berlin, tous deux grands partisans des injections utérines, signalent quelquefois des accidents légers Le premier, dans plus de *mille* lavages intra-utérins, a observé quelques frissons et quelques hémorrhagies, mais toujours sans suites fâcheuses. Le second, chez plus de *cent cinquante* femmes, a remarqué une quinzaine de fois des frissons, mais sans augmentation de la température, et sans conséquence.

A Breslau; Spiegelberg, sur plus de *quinze cents* accouchées traitées par les lavages intra-utérins, ne note que quelques frissons, et une fois des phénomènes de syncope suivis de guérison Il dit cependant avoir vu un autre cas de syncope terminé par la mort, mais il ne donne aucun renseignement sur la maladie et ses antécédents, ce qui atténue beaucoup la portée de ce fait unique.

Pour rendre plus frappante, plus évidente encore si c'est possible, dit M. Rendu, l'innocuité de cette méthode thérapeutique, qu'on veuille bien nous permettre une réflexion. Les chiffres de 100, 400, 800, etc. que nous venons de rapporter, forment un total de 5,500 ; ils s'appliquent aux malades qui ont été soumises à ce traitement, et non pas au nombre des irrigations pratiquées ; par conséquent, en admettant que chacune de ces femmes ait reçu seulement cinq injections (ce qui est certainement au-dessous de la moyenne, puisque la plupart du temps on en fait au moins deux par jour) nous arrivons au chiffre rond de *vingt-cinq mille lavages utérins.* Que l'on rapproche maintenant de ce chiffre imposant, les quelques accidents, d'ailleurs sans gravité, de frissons ou d'hémorrhagies, signalés plus haut, et l'on verra si l'appréhension de ces derniers doit peser pour quelque chose dans la balance. Nous en dirons autant de la crainte que l'on a de pousser le liquide par les trompes jusque dans le péritoine, de faire pénétrer de l'air dans les veines, et d'occasionner des métrites et des péritonites.

Les injections intra-utérines, nous pouvons l'admettre, sont donc presque absolument inoffensives. Mais nous pouvons dire encore qu'elles sont très-utiles et que leur usage devrait se généraliser toutes les fois qu'il survient des accidents fébriles.

Quelques accoucheurs, partisans de cette méthode, s'appuyant sur le double fait de l'innocuité des injections et de l'existence d'une plaie utérine, porte d'entrée de l'infection, estiment que dans tous les cas on devra employer les lavages intra-utérins comme moyen prophylactique. Les résultats obtenus n'ont pas été défavorables.

MM. Laroyenne, Depaul, Pajot et Rendu pensent qu'il est préférable lorsque l'accouchée va bien, de la laisser reposer entièrement.

Voici cependant des cas où leur emploi prophylactique est légitimé, selon MM. Laroyenne, Schroder et Rendu, c'est lorsque la femme a été touchée fréquemment par l'accoucheur ou la sage-femme, surtout dans une Maternité et en temps d'épidémie ; lorsque l'accouchement s'est prolongé et a nécessité l'introduction de la main ou d'instruments quelconques dans les voies génitales ; quand il y a rétention totale ou partielle du placenta et des membranes ; et lorsque enfin, à la suite d'hémorrhagies ou de tout autre cause, les lochies, plus ou moins altérées dans leur couleur, prennent un caractère de fétidité inquiétant, ou sont retenues dans la matrice ; en un mot, toutes les fois que l'on a des raisons pour penser que des produits septiques ont pu être déposés sur la plaie génitale. Deux lavages antiseptiques par jour rempliront alors à peu près l'indication.

Mais, en dehors de ces cas,passons en revue,avec M. J. Rendu, les affections dans lesquelles ces lavages utérins doivent être employés, comme traitement *curatif*. Puisque nous admettons que l'utérus est le foyer de toutes, ou de presque toutes les maladies puerpérales. Il suit de là, que dans la plupart de ces affections, nous devrons avoir recours,*dès le début*, à ce moyen rationnel ; l'expérience, du reste, établit que l'on obtient souvent ainsi, d'excellents résultats. Loin de nous la pensée de prétendre guérir par les lavages utérins, tous ces accidents fébriles redoutables des suites de couches ! Les conséquences possibles du phénomène normal de l'accouchement, même en dehors des hémorrhagies, resteront probablement toujours une cause de mort pour la femme. Mais bon nombre des malheureuses, qui succombent actuellement à ces accidents fébriles, seront sauvées par l'administration sage d'irrigations utérines bien pratiquées. (J. Rendu).

A propos de l'infection purulente, voici ce que disait Béhier, dans ses *Leçons sur les maladies des femmes en couches* : « Contre l'infection purulente, je ne sais rien de bon ; tous les efforts doivent tendre à conjurer son développement. La voie dans laquelle il faut marcher, c'est, selon moi, dans les soins à donner à la plaie utérine : hâtez sa cicatrisation ; empêchez, dans l'utérus, le séjour du sang, du pus, du mucus ; empêchez l'altération, la viciation de ces produits normaux ou pathologiques, et vous ferez beaucoup pour la guérison. Mais comment arriver à ce résultat ?... Il faut surtout chercher les procédés capables de rendre faciles les injections, à la surface interne de l'utérus. » Nous sommes trop heureux de nous ranger à l'avis d'un pareil clinicien : nous pensons, en effet, que l'infection purulente, à son début surtout, est une des maladies puerpérales les plus justiciables des lavages utérins. Nous en dirons autant de l'infection putride qui est liée, le plus souvent à la présence dans l'utérus de caillots altérés, ou de débris des membranes ou du placenta putréfiés. On sait d'ailleurs que quelques auteurs considèrent ces deux affections, comme des formes particulières d'une seule maladie, la *septicémie*.

Après ces maladies, qui portent sur l'économie tout entière, nous signalons les affections limitées aux organes mêmes de la génération, c'est-à-dire, l'endométrite suppurée, l'endométrite pseudo-membraneuse ou diphthérique, la putrescence et la gangrène de l'utérus, enfin, la métropéritonite.

Manuel opératoire. — L'appareil instrumental est fort simple : il se compose 1° d'un conducteur utérin; et 2° d'un récipient.

1° *Conducteur utérin.* — Le col utérin est assez largement entr'ouvert les premiers jours de l'accouchement, pour qu'on puisse se servir d'une sonde ordinaire sans s'exposer à voir le liquide rester dans l'utérus. Toutefois, pour éviter cette circonstance fâcheuse, il est bon d'avoir à sa disposition des sondes à double courant de différentes grosseurs.

2° *Récipient.* — Il peut consister en une seringue de grandes dimensions, de métal ou de verre, ou bien en un vase quelconque tenu à une certaine hauteur au-dessus de la malade, et muni d'un tube flexible en communication avec la sonde ; mais nous préférons de beaucoup l'irrigateur Eguisier, plus simple, et que l'on a toujours sous la main. Un cylindre de caoutchouc servira au besoin à relier le pavillon de la sonde au tubo d'apport. Enfin une bassine, ou une cuvette placée sous la malade, recevra le liquide qui aura baigné les parties génitales.

2° *Du liquide des lavages utérins. — Nature du liquide.* — Nous avons dit que ces lavages seraient désinfectants. Pour atteindre ce but, nous avons à notre disposition : Le vin aromatique pur ou étendu d'eau, l'infusion de camomille additionnée d'hypochlorite de soude, l'eau alcoolisée, l'eau chlorurée, etc. Parmi les désinfectants les plus actifs, nous trouvons : les solutions de nitrate de plomb au centième, d'hyposulfite de soude, employé par Stoltz, le coaltar saponiné, la teinture d'iode étendue d'eau (Dupierris), la poudre de charbon de bois mélangée à de l'eau dans la proportion de deux grammes pour cent cinquante de liquide (Eisenmenger), préparation à laquelle on pourrait associer utilement le bismuth ou le quinquina, etc. Mais trois autres liquides ou solutions, acide phénique, acide salycilique et permanganate de potasse, possèdent surtout comme nous l'avons vu, la faveur des praticiens. M. Rendu s'est servi uniquement de l'acide phénique, et les résultats ont toujours été favorables. Une solution de 5 0/0 pourra être employée, lorsqu'on voudra agir énergiquement sur un utérus infecté ; on se contentera pour les lavages ultérieurs, d'une solution de 2 0/0. Enfin, on aura également recours à cette dernière, dans les irrigations prophylactiques.

2° *Température.* — Ces irrigations désinfectantes se donneront tièdes. Toutes celles que nous avons pratiquées cependant, étaient à la température de la salle, c'est-à-dire, assez froides, et n'ont été suivies d'aucun accident. Néanmoins il est préférable qu'elles soient à 20 ou 25 centigrades.

3° *Quantité.* — La quantité de liquide employée variera avec les circonstances : 1, 2, 3 litres, et plus, s'il le faut. La régle générale est qu'il faut continuer l'irrigation jusqu'à ce que le liquide ressorte tel qu'il est entré. La quantité par conséquent sera moindre si l'on répète les lavages fréquemment. Dans un but préventif, deux irrigations par jour, d'un litre et demi environ, seront suffisantes. Mais dans les cas d'infection putride, liés à la présence dans l'utérus, de caillots ou de débris placentaires putréfiés, il sera prudent d'en faire au moins trois dans les vingt-quatre heures.

Enfin, une seule suffira quelquefois pour arrêter tout le processus morbide ; c'est ce qui arrive surtout dans les cas de rétention des lochies, occasionnée par des changements de position de la matrice, ou par la présence d'un caillot oblitérant l'orifice interne du col, etc. La durée du traitement sera naturellement proportionnelle à l'intensité de la maladie.

§ 3. — *Position à donner à la femme. — Opération.*

1° *Position à donner à la femme.* — On fait rapprocher la femme au bord du lit, et l'on place sous son siége un coussin résistant, qui facilitera l'abaissement du pavillon de la sonde. Les membres inférieurs sont ensuite enveloppés dans des couvertures chaudes, pour éviter le refroidissement, puis écartés et à demi-fléchis sur le bassin. En laissant ainsi la femme dans le décubitus dorsal, on réalise, comme le fait remarquer Schroder, la position dans laquelle l'entrée spontanée de l'air dans l'utérus est le moins facile.

2° *Opération.* — Etant placé à la droite de la malade, on porte l'extrémité de l'index de la main droite que l'on tient en suppination, jusque sur la lèvre postérieure du col. Ceci fait, un aide présente la sonde ajustée, comme nous l'avons vu, au tube de l'irrigateur. De la main gauche, on la saisit près du pavillon, et, pour bien éviter de pousser de l'air dans

la cavité utérine, on ouvre le jet avant d'en faire pénétrer le bec dans le vagin. On conduit alors celle-ci doucement, sur la face palmaire de l'index, jusqu'à l'orifice externe, que l'on franchit, ainsi que l'orifice interne, avec le plus de ménagement possible. Il n'est pas nécessaire de dépasser ce dernier de plus de cinq ou six centimètres, car on s'exposerait à heurter la paroi utérine, ce qu'il faut soigneusement éviter. On donne alors au jet la force que l'on juge convenable, tout en imprimant à la sonde de légers mouvements de rotation sur son axe, pour bien nettoyer également toute la surface de la muqueuse utérine.

Il est prudent dans chaque lavage de commencer par ouvrir le jet à moitié. Il est prudent, toujours par crainte de l'entrée de l'air, de retirer la sonde avant l'épuisement complet du liquide ; on en profite alors, surtout s'il y a des plaies, pour irriguer le vagin, et en dernier lieu la vulve.

En résumé si les lavages intra-utérins ne constituent pas une méthode curative de l'infection puerpérale ils sont au moins et à l'heure actuelle le meilleur moyen d'en atténuer la gravité et parfois d'en prévenir l'éclosion. Leur usage accepté par un grand nombre de gynécologistes français et étranger mérite d'être connu et vulgarisé.

Dr P.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES CAUSES QUI RENDENT LA PROFESSION MÉDICALE PEU LUCRATIVE.

Monsieur le Directeur,

Vous avez publié dans les numéros 15 et 16 du *Concours médical* deux lettres, reproduites déjà dans le numéro du 25 octobre de la *Gazette des sciences médicales*, de Montpellier, dans lesquelles, parmi les causes qui rendent la profession médicale peu lucrative, vos correspondants signalent, en première ligne, le trop grand nombre de médecins.

Cette assertion, qui est une vérité, va trop à l'encontre de cette idée généralement acceptée qu'il y a pénurie de médecins, pour passer inaperçue.

« Le nombre des médecins est insuffisant, » je lis cela imprimé dans un journal excessivement sérieux : la *Revue scientifique*.

Ce qui donne un poids considérable à cette opinion, c'est qu'elle a été émise et propagée dans le pays et devant la Chambre, par un homme qui s'est beaucoup occupé, depuis quelques années, des questions d'enseignement supérieur en ce qui touche à la médecine, et que d'aucuns, escomptant l'avenir, se plaisent à appeler le futur ministre de l'instruction publique.

M. P. Bert a publié, en 1874, un travail, duquel il résulte qu'il y avait en France, en 1872, époque du dernier recensement que signalent les tableaux joints à son rapport, 15,419 médecins, docteurs ou officiers de santé, soit 1 médecin par 2,341 habitants.

2,341 habitants pour un médecin, ce n'est pas trop, et votre correspondant qui demande une moyenne de 3,200 clients, pour empêcher le médecin de mourir de faim, n'a pas lieu d'être satisfait. Mais les choses ont bien changé, s'il s'est passé dans tous les départements ce qui a eu lieu dans la Dordogne, où M. P. Bert trouve, en 1872, 234 médecins, et qu'il classe parmi les départements qui n'ont qu'un médecin par plus de 2,000 habitants, nous offre, en 1879, 253 médecins, soit 1 médecin par 1,911 habitants.

Les tableaux de M. P. Bert et les cartes annexées à son rapport nous démontrent qu'en 1872 il y avait, dans toute la région du bassin de la Garonne et de la Dordogne, et dans la région méditerranéenne, vingt départements qui comptaient un médecin par moins de 3,000 habitants. Ces départements sont : la Gironde, le Lot-et-Garonne, le Gers, la Haute-Garonne, le Tarn, le Cantal, le Lot, la Dordogne, la Corrèze, la Haute-Vienne, la Vienne, l'Hérault, l'Aveyron, le Gard, Vaucluse, les Bouches-du-Rhône, le Var, les Alpes-Maritimes.

Ces départements constituent la région de France la plus riche en médecins. C'est la partie la plus claire sur les cartes de M. P. Bert. La partie la plus pauvre en médecins, la plus sombre sur les cartes, correspond d'une manière assez exacte à toute la Bretagne, la Normandie et la Picardie. Dans ces provinces il n'y a pas, en général, plus d'un médecin par 5 à 6,000 habitants, et sur certains points la proportion est encore moindre. Donc, la conclusion que l'on doit tirer des chiffres mêmes de M. P. Bert, ce n'est pas qu'il n'y a pas assez de médecins (1 par 2,341 habitants), *c'est qu'ils sont mal répartis.*

Pour obvier à ce que l'on croyait être la pénurie de médecins, et qui n'est en réalité que leur inégale distribution, on a créé et on parle de créer encore des facultés de médecine. On a créé la faculté de Lyon, celle de Lille, qui a sa raison d'être, les départements du Nord étant jusqu'à ce jour fort pauvres en médecins ; on a créé ensuite la faculté de Bordeaux, comprise dans la région que nous avons vu être la plus riche. Cette région fortunée renfermait déjà la faculté de Montpellier, un récent décret vient d'en accorder une à Toulouse, et Marseille, non contente de son école de plein exercice, demande encore mieux.

Voilà donc, dans cette région si riche déjà, dans ces vingt départements qui ont trop de médecins, trois facultés de médecine et une école de plein exercice qui veut être faculté. Et l'on ne voit pas pourquoi, puisqu'on en a accordé une à Toulouse, on la refuserait à Marseille, qui y a beaucoup plus de droits. Avec ce système, on peut aller loin.

Qu'espère-t-on de ces mesures ? Pense-t-on que plus il y aura de facultés dans le Midi, plus il y aura de médecins dans le Nord ? Croit-on que les facultés de Bordeaux, de Toulouse, etc. peupleront de praticiens le Morbihan et le Finistère? Ce serait se faire une bien étrange illusion, et ignorer complétement ce que sont et que deviennent les étudiants des facultés de province.

En faisant une exception pour la faculté de Paris, où les étudiants sont attirés de partout, par des causes souvent peu scientifiques, et d'où ils rayonnent ensuite sur tous les points de la France, on peut admettre qu'en général les étudiants des facultés sont originaires de la région où siége cette faculté, et qu'une fois reçus docteurs ils vont s'établir dans leur pays natal ou dans les pays voisins.

Je prends l'annuaire du département du Gard, le seul que je possède, et je vois qu'en acceptant quelques Polonais, que la perte de leur nationalité met dans des conditions particulières, sur environ 200 médecins, dix ou douze à peine ne sont pas nés dans le département du Gard ou dans les départements limitrophes, Hérault, Lozère, Vaucluse, Bouches-du-Rhône.

Un autre fait très important, et qui concorde avec celui-ci, est mis en lumière par les tableaux et les cartes de M. P. Bert ; c'est que ce sont précisément les pays où il y a le plus de médecins qui fournissent le plus d'étudiants en médecine. Je cède ici la parole à la *Revue scientifique* du 2 janvier 1875 : « Il y a là, comme dans tant de phénomènes naturels et économiques une double relation d'effet à cause et de cause à effet. Le désir de devenir médecin, d'entreprendre de longues, coûteuses et lointaines études, naît tout particulièrement chez les jeunes gens qui appartiennent aux familles même des médecins ; et réciproquement, le jeune homme qui, sous une influence déterminante quelconque,

« s'est fait médecin retourne dans son pays et y crée souche « nouvelle de futurs médecins.

« *La statistique nous démontre donc ce que le bon sens « faisait déjà pressentir, à savoir que les moyens par « lesquels on tendra à faire apparaître dans une contrée « de nouveaux étudiants en médecine, auront pour consé- « quence générale d'augmenter plus tard le nombre des « médecins exerçant dans cette contrée ; c'est là un argu- « ment des plus puissants en faveur de la création de « centres nouveaux pour l'enseignement médical.* »

Oui, c'est bien là un argument puissant en faveur de la création de centres d'enseignement, et voilà pourquoi, sans doute, au lieu de créer des facultés là où il n'y a pas assez de médecins à Nantes, à Rennes ou à Rouen comme l'exigerait la logique, on les crée à Bordeaux et à Toulouse, dans un pays où il y a déjà beaucoup trop de praticiens.

La conséquence de cette accumulation de centres d'enseignement médical dans ce coin de la France est facile à prévoir, M. le Directeur, et les médecins de cette région peuvent s'attendre à voir augmenter bientôt le nombre de leurs confrères et diminuer celui de leurs clients.

Il n'y aura pas un docteur ou un officier de santé de plus en Bretagne et en Normandie, mais en revanche, dans la Guyenne, la Gascogne, le Languedoc et la Provence, il s'établira une terrible lutte pour la vie (*Struggle for life*) comme dit Darwin, et l'on verra les médecins faire queue à la porte des malades.

Dʳ E. Marignan, membre fondateur.

—

Monsieur le secrétaire de la rédaction du journal le *Concours médical*.

A la suite des deux lettres publiées dans le journal le *Concours médical*, des 11 et 19 octobre, sur les causes qui rendent la profession médicale peu lucrative, lettres concluantes, je crois devoir ajouter, et peu de confrères me contrediront, j'en suis sûr, la difficulté et même l'impossibilité où le médecin se trouve souvent d'obtenir satisfaction, soit devant le juge de paix, soit devant les tribunaux de première instance, si la note réclamée nécessite cette juridiction.

Messieurs les magistrats, peu payés, cela est vrai (bien suffisamment, à mon avis, pour le peu de besogne qu'ils ont à faire et qu'ils font) considèrent sans doute les médecins comme des riverains favorisés du Pactole ; ils ne sont pas loin de les regarder comme des exploiteurs ou du moins les traitent-ils comme tels ; et bien rarement une note de médecin est payée intégralement après avoir nécessité un procès; quand notre compte n'est pas réduit d'office. Et sur quelle base s'appuie un juge pour le réduire (le plus souvent sur les dires de la partie adverse). Nous avons des frais d'avoué et d'avocat à payer, frais qui viennent rogner d'un quart ou même d'un tiers les honoraires qui nous sont dûs ; d'autres fois on réduit notre compte et les frais sont, en plus, à notre charge ; bien heureux et rares sont-ils les médecins qui, après les ennuis d'un procès, peuvent enfin toucher dans leur entier des honoraires impatiemment attendus. Les preuves à l'appui abondent et pour ne vous en citer qu'un exemple, voici ce qui m'est arrivé l'an dernier : Une note détaillée, (je dis détaillée), pour des soins médico-chirurgicaux de 850 fr., m'a été convertie à 500 fr. (modèle de conversion que je propose aux Etats en future faillite). Il m'a fallu ensuite donner 30 fr. de gratification à mon avoué.

Je conclus et je dis que d'ordinaire, le médecin est désarmé devant un client de mauvaise foi.

Dʳ R..., membre fondateur, à Lyon.

—

Monsieur le Rédacteur en chef,

La lettre de M. le Dr. M. publiée dans le *Concours Médical* du 11 courant, est assurément l'œuvre d'un homme pratique, et ses appréciations, loin d'être exagérées, sont en ce qui concerne certains départements, bien au-dessous de la vérité. Je connais un canton, voisin de celui ou j'exerce, qui compte 14,000 habitants et qui était desservi par deux médecins seulement. Ces deux honorables confrères, que je voyais quelquefois en consultation, se partageaient à peu près également la clientèle, et tous deux m'ont affirmé, à plusieurs reprises, que leur recette annuelle (sans parler de leurs abonnements avec les administrations des douanes) s'élevait à peine en moyenne à 5,500 francs. Dans ce canton chaque habitant rapporte donc au médecin 0 fr. 80. Pour ma part je crois que, dans les départements de l'Est, le médecin touche à peine 1 franc par habitant; d'où l'on peut conclure que, dans certains pays, il ne faudrait qu'un médecin pour 5 ou 6,000 habitants. — Mais, d'un autre côté, ce serait grandement se tromper, que de croire que, passé un certain chiffre de 5 ou 6,000 habitants par exemple, les recettes du médecin augmenteront proportionnellement au chiffre de la population qu'il aura à desservir. En effet, l'un des 2 médecins du canton dont je parlais tout-à-l'heure, a quitté le pays. Son confrère est resté seul pendant quinze mois et il m'a affirmé que sa recette annuelle avait été à peine augmentée de quelques centaines de francs. Cela se conçoit, car il ne pouvait en définitive faire la besogne de deux, et la population ne trouvant plus autant de facilité à se procurer le médecin ne l'appelait plus aussi souvent. D'où la conclusion. — Le plus grand avantage du médecin est d'avoir un rayon de 4 à 6,000 habitants, suivant la richesse du pays, ce qui confirme l'opinion du Dr M. — Il y a trop de médecins en France et loin d'augmenter le nombre de facultés, il faudrait le restreindre, mais augmenter les facilités d'instruction pour l'étudiant. — Dans une prochaine lettre, je dirai mon opinion sur les moyens à employer pour diminuer le chiffre de nos pertes annuelles.

Bien à vous,

Dr. Z.

—

DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE CIVILE PAR LES MÉDECINS MILITAIRES.

Loin de moi l'idée d'attaquer le respectable corps des officiers de santé militaires, dont j'ai eu moi-même l'honneur de faire partie. En rendant justice à sa parfaite honorabilité, pourquoi suis-je obligé d'accuser la rapacité de quelques-uns de ses membres, j'avoue à regret que deux réorganisations successives et de plus en plus avantageuses n'ont pu empêcher certains médecins militaires de se livrer à l'exercice de la médecine d'une manière passionnée, cupide et dégagée de tout esprit de convenance vis-à-vis des médecins civils.

Comment devrons-nous qualifier des docteurs en médecine ayant le grade et la qualité d'officiers français, superbement rétribués d'ailleurs, et qui dérogent jusqu'à dénigrer leurs confrères de la médecine civile pour les supplanter. Il y a là un vol avec circonstances aggravantes.

Dr F. Schneider.

(Préparation à l'Exercice de la Médecine, p. 148.)

Le *Concours Médical* vient d'entamer une question qui ne sera probablement pas épuisée de sitôt, car elle intéresse au plus haut point, un grand nombre de confrères des petites villes de garnison, qui ont déjà assez de peine pour joindre, comme on dit, les deux bouts, sans la concurrence à armes inégales, du médecin militaire.

L'histoire abrégée du dernier que nous avons dû subir pendant plusieurs années, vaudra mieux pour édifier le monde médical que beaucoup de considérations d'ordres divers.

Ce confrère auquel le diplôme avait coûté la peine d'obte-

nir une bourse à l'Ecole militaire de Strasbourg, nous arriva tout frais émoulu de son hôpital militaire avec le grade de major de 2me classe, 3,700 fr. d'appointements, un cheval et un domestique nourris aux frais de l'Etat. Dès son arrivée, visites générales à tous les fonctionnaires et jusqu'au moindre bourgeois. Offres de service. Politesses nombreuses aux quelques personnes qui dans toute ville dirigent l'opinion publique. Inscription aux deux cercles de l'endroit, d'une nuance politique diamétralement opposée. Achat d'une voiture élégante, et à ce sujet, j'ouvre une parenthèse. J'ose croire que si le Ministre de la Guerre tient à ce que ses médecins militaires soient montés, ce n'est pas simplement pour leur permettre de se faire traîner en voiture. Je puis cependant affirmer n'avoir jamais vu ledit confrère sur son cheval, mais bien dans sa voiture, qu'il daignait lui-même conduire avec son ordonnance par derrière, déguisé comme il convient, en domestique de bonne maison. Je l'ai vu, de mes yeux vu, accompagner son bataillon à la cible, bien commodément installé dans son véhicule. Mais là où je ne l'ai point vu, était une journée qu'il faisait une chaleur tropicale; son bataillon avait été en promenade militaire ; plusieurs hommes tombèrent frappé d'insolations des plus graves, deux en moururent.... Ce jour-là probablement, il valait mieux faire la sieste, mollement étendu sur quelque sofa, élégamment enveloppé d'un vêtement à l'orientale en flanelle blanche. Vieilles habitudes d'Afrique, dont il est difficile de se défaire absolument !

N'insistons pas ; six mois après, mon officier de santé a tout rafflé, et avoue à qui veut l'entendre, que c'est bien malheureux pour les confrères, mais que sur 20 malades, 19 au moins viennent réclamer son précieux ministère. Tous les jours on le voit courir les grands chemins, conduisant d'une main sûr son duc rapide, Le matin, il fait sa tournée en militaire, et le soir il se déguise en tenue civile des plus correctes. *Homo duplex*. Comment lutter ! Bons appointements fixes pour ne rien faire, cheval et domestique entretenus aux frais de l'Etat ! Tout d'abord, le confrère avait arboré le drapeau d'une spécialité. Se disant élève affectionné de Perrin, l'oculistique n'avait plus de secrets pour lui. S'il se fut borné à soigner les yeux et surtout à les bien soigner, il pouvait prendre un rôle utile, sans nuire aux confrères; mais il tomba probablement sur une série malheureuse. Au bout de quelque temps, il n'était plus question de spécialités. Les maladies des femmes et des enfants, ainsi que les accouchements, avaient été de sa part l'objet des études les plus approfondies. Bref, deux ans durant, il fit comme on dit, la pluie et le beau temps. On ne parlait plus que du beau major, la coqueluche de ces dames, le plus joli homme du pays.

Mais les plus belles choses ont le pire destin. Le quart-d'heure de Rabelais arriva. Le monde s'était figuré que cet oculiste de rencontre voulait simplement soulager l'humanité souffrante—*à l'œil*.— Mais le cher homme en voulait encore plus à la pièce de cent sous qu'à ses confrères. Les notes se mirent à pleuvoir de tous les côtés. Et, à ce propos de notes envoyées par un médecin militaire, il est parfaitement exact qu'un médecin militaire ne saurait exiger d'honoraires et par conséquent poursuivre le client récalcitrant. Inutile d'ajouter que tout en raillant le bourgeois crédule qui se figurait qu'on le soignait pour l'honneur, nous l'engageâmes fort à rester sourd aux appels de fonds. Les réclamations d'honoraires furent le coup de grâce. Il empocha ce qu'il pût. Telle note de 300 fr. fut réduite à 30. Un peu de gomme sur le zéro et le tour fut joué. Le reflux de clients se fit avec la même rapidité que le flux. Ce fut comme dans la marche de la température dans certaines maladies aiguës — période ascensionnelle rapide — période d'état ou acmé — défervescence brusque. La comédie dura bien trois ans, au plus grand préjudice de la médecine et des médecins.

Dans la seconde année le confrère confiait à tout le monde, ***dans le plus grand secret d'ailleurs***, qu'à la demande générale il allait donner sa démission pour se vouer corps et âme à sa trop nombreuse clientèle. On le suppliait même, paraît-il, d'accepter certains postes vacants, à ce moment, l'hôpital, les prisons, le chemin de fer. Il devait même, — *risum teneatis* — faire venir un vieux confrère en retraite, pour s'en faire un suppléant. On l'aurait exhibé dans les grands jours avec sa rosette d'officier de la Légion d'honneur. Les pharmaciens ne juraient que par le grand homme qui leur faisait vendre beaucoup de sirops et de pastilles.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, la réclamation des honoraires fit fondre la clientèle, comme le soleil de mars fait fondre les dernières neiges.

Epilogue. — Le confrère ne voyant plus rien venir et principalement les honoraires, essaya de raviver la flamme de son succès aussi éphémère qu'immérité. N'ayant plus à sortir pour des malades qui ne réclamaient plus ses soins aussi dévoués que gratuits, il s'enferma chez lui. Il travailla son concours pour les hôpitaux, chuchotèrent quelques fidèles privilégiés *quant à la note*. — Le concours vint. — Le confrère ne fut pas heureux, *probablement*. Il demanda à partir pour l'Algérie, ce qui lui fut facilement accordé — comme une faveur. — Ingrate patrie ! — A quelque chose malheur est bon. Bédouins dormez en paix. Le Bon Tebib est parmi vous. *E finita la comedia.*

Réflexions. — Je ne comprends pas plus la tolérance extrême du régime militaire envers quelques-uns de ses officiers de santé, que la longanimité des médecins civils en présence des continuels empiétements des confrères du régiment. Les médecins militaires de régiment sont, avant tout, des officiers de l'armée qui n'ont rien à faire, et qui comme tels sont mieux payés que les officiers de même grade. Dans les villes pourvues d'hôpitaux militaires, les soldats malades sont soignés par des médecins de choix, nommés au concours et qui forment un corps des plus honorables. Mais dans la plupart des villes et même de très-importantes, comme Rouen, les militaires sont traités à l'hôpital civil, qui s'intitule alors civil et militaire et naturellement sont soignés par les médecins de l'endroit qui sont, à cette occasion, médecins de l'hospice civil et militaire. Jusque-là rien à dire, rien que de plus naturel — même pour la plupart des médecins de régiment. Mais aujourd'hui, certains d'entre eux, ceux surtout qui visent à la pièce de cent sous, éprouvent, le besoin de soigner leurs braves militaires. Cette prétention naturelle, au premier abord, trouve bien des difficultés dans l'application. Tout d'abord l'hôpital civil ne leur appartient en aucune façon. C'est un bien communal et les soldats y sont traités à forfait après accord entre l'intendant et les administrateurs de l'hospice. Un simple médecin de régiment ne peut pas être plus médecin à Toulouse pourvu d'hôpitaux militaires qu'à Rouen qui en est dépourvu. Vous, autorité militaire, vous ne trouvez pas vos médecins de régiment suffisants pour vos hôpitaux militaires, et vous voulez nous les imposer dans nos hôpitaux civils, où ils viendront soigner leurs malades, à la barbe d'hommes de premier mérite, pour qu'ensuite ils viennent se targuer de leur titre de médecin d'hôpital et vous donner ensuite leur démission dès qu'une clientèle quelconque aura été assurée, — aujourd'hui surtout qu'ils restent très-longtemps dans une même localité. — C'est inadmissible. — Il est risible de penser que le même médecin qui a Toulouse aura tout loisir de prendre son absinthe et faire son trictrac avec le major — le gros — demande à Rouen à aller supplanter M. Flaubert ou M. Leudet, etc.

Dans une grande ville comme Rouen, c'est tout simplement ridicule ; mais c'est odieux dans une petite ville où le médecin militaire a déjà tant de moyens d'écraser le pauvre confrère civil. — Conclusion. — Un médecin-major par régiment est suffisant, aujourd'hui que les médecins civils sont pris jusqu'à 40 ans. On imite tant l'Allemagne sur tant de points ; qu'on l'imite, et à bon droit, sur l'organisation du service de santé. J'ose croire que les arcanes de la médecine militaire ne sont pas au dessus de nos ressources intellectuelles. J'estim

qu'un médecin civil offre autant de garantie, et il est bien plus économique. Pendant très longtemps, le service de la garnison a été fait à la caserne par un civil. — Personne ne s'en plaignait et c'était une économie de près de 3,000 fr.

Il est temps de s'élever contre les prétentions arrogantes de certains médecins de l'armée, qui, parce qu'ils portent un uniforme, se figurent qu'ils n'ont qu'à se montrer pour briller au premier rang. Le gouvernement a d'autant moins de raisons de leur laisser la bride sur le cou, que la plupart ne cherchent, comme c lui dont j'ai rapporté plus haut la piteuse épopée, qu'à se faire un trou quelque part et lâcher le harnais. J'avoue qu'on leur facilite beaucoup trop la besogne. Avant peu l'état de médecin militaire sera un simple apprentissage de la profession. Tout le monde voudra passer par là pour aider un établissement définitif.

D^r X,
membre fondateur du Concours médical

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

—

Sur la méthode de traitement la plus sure et la plus simple des différents états de mort-apparente, par le Dr Frank de Brunswich.
Analyse du Dr Venneman (de Louvain).

Sous les dénominations de mort-apparente, asphyxie ou, mieux encore, *abiose,* l'auteur comprend l'absence momentanée de toutes les manifestations extérieures de la vie, alors que l'organisme est encore capable de revivre et n'attend, pour le faire, que les conditions extérieures favorables.

L'appareil respiratoire, le système nerveux, le cœur et le sang peuvent, par le trouble de leur fonctionnement ou l'altération de leur constitution devenir la cause première de cet accident. Ainsi peut-on distinguer des morts apparentes par suffocation, par apoplexie, par syncope, par anémie, par intoxication et par dyscrasie morbide. Cette division repose plutôt sur l'étiologie que sur la symptomatologie de l'accident. Car l'abiose complète, la mort apparente bien établie, se caractérise invariablement par les mêmes symptômes et consiste en un arrêt complet et général de la circulation, ayant son point de départ dans un état paralytique du cœur. Que cette paralysie dépende d'un trouble nutritif ou fonctionnel, peu importe ; le but principal de toute médication à instituer sera toujours de ré tablir l'activité fonctionnelle du cœur, profondément ébranlée, sans doute, mais non entiérement annéantie. Le cœur n'est-il pas de tous les organes celui qui conserve le dernier sa force vitale ? N'est-il pas le dernier à répondre par la contraction de ses fibres musculaires aux excitations artificielles, soit électriques, soit mécaniques ! Cependant jusqu'à ce jour la plupart des procédés thérapeutiques recommandés contre la mort-apparente s'adressent aux organes de la respirations. Leurs avantages sont dérisoires ! Respirer sans que la circulation pulmonaire s'effectue, sans que le sang ainsi artérialisé aille baigner la moëlle allongée, n'est point respirer.

L'électropuncture du cœur est un moyen douteux.

L'excitation d'un courant faible est insuffisante.

Un courant fort peut, du coup, éteindre les derniers vestiges de contractibilité du muscle cardiaque.

C'est à l'excitation mécanique qu'il faut recourir : les expériences établies à cette fin et les observations cliniques sont là pour en prouver les avantages. Elle est aussi la méthode la plus simple et la plus sûre. Elle se résume dans l'ébranlement mécanique du cœur, et des organes du thorax en général, par la percussion thoracique. Voici le procédé opératoire convenable où l'air frais et pur trouve un accés facile. On commence par supprimer tout ce qui pourrait gêner la circulation ou la respiration. Lui fléchissant à moitié les mains on les place l'une à côté de l'autre dans la région iléo-cœcale sur le corps nu ou tout au plus légérement recouvert. Avec le creux des mains on raméne par secousses et se dirigeant de droite à gauche tout le paquet intestinal vers le diaphragme et le cœur Après avoir maintenu là les viscéres durant quelques secondes, on retire tout à coup ses mains. Les mêmes manœuvres sont répétées vingt fois. La pause de quelques minutes qui suit sera utilisée pour frapper avec vigueur et persévérance du plat de la main la région cardiaque du thorax. Aussitôt après, la première opération recommence. La trouve-t-on plus difficile que la première fois, c'est un signe favorable : les muscles de l'abdomen et le diaphragme, flasques d'abord, commencent à retrouver leur tonicité sous l'influence des excitations mécaniques violentes. En même temps, apparaitront de légers mouvements convulsifs aux angles de la bouche et aux paupières ; jusqu'à ce que la paleur remarquable de la face, faisant soudainement place à une coloration rouge, avertisse que le cœur s'est réveillé et a repris ses fonctions. Presqu'aussitôt une première inspiration spontanée suit. Qu'on se garde bien d'arrêter les manipulations en ce moment. Ces premiers phénomênes d'une vie renaissante disparaîtraient aussitôt. Grâces à des efforts nouveaux l'oreille perçoit bientôt à l'auscultation quelques faibles battements du cœur Une pulsation artérielle peut même être constatée dans la carotide ou dans la radiale. Dés lors il suffit de frotter avec plus de ménagement, mais tout en conservant le rythme primitif, les parois de l'abdomen, jusqu'à ce que la respiration se soit rétablie entièrement. Irrégulière d'abord et accompagnée de râles, elle devient bientôt plus profonde et plus rythmique.

Lorsque la respiration, comme la circulation, auront repris leur cours régulier et automatique, mais alors seulement, on arrêtera la percussion thoracique. Néanmoins la prudence exige encore qu'on tâche d'accélérer la vitesse du courant sanguin en favorisant la circulation de retour par les frictions méthodiques repoussant le sang des extrémités vers le tronc. La vie se manifestant de plus en plus, le pouls accentue sa force, les exttémités se réchauffent, les paupières s'entrouvent, les yeux reprennent leur éclat primitif; le patient rentrant dans la vie déplace volontairement ses membres, il entend, il voit, il sent, il est rendu à lui-même.

Le procédé, tel qu'il vient d'être décrit, sera presque toujours applicable. La constitution hercu-

léenne, l'obésité cependant peuvent exiger l'emploi des poings. Par contre, la main droite suffit pour un enfant.

Combien de temps faut-il prolonger des efforts infructueux ? La réponse est bien difficile ! Si Bouchut croit que l'espace de temps correspondant à quelques pulsations cardiaques suffit pour que la paralysie du cœur conduise à la mort définitive, d'autres médecins ont relaté des cas où 15-30 minutes d'arrêt du cœur n'avaient donné lieu qu'à une mort apparente. Des expériences récentes faites avec des animaux à l'aide des sels de potasse ont d'ailleurs prouvé, qu'après 40 minutes d'abiose complète, le retour à la vie était encore possible. (Bohm et Dorpat).

Par la concussion pectorale le cœur est ébranlé, et cette incitation mécanique le rappelle à ses fonctions ; la stagnation du sang dans le cœur et dans les gros vaisseaux du thorax et de l'abdomen cesse ; la circulation, spécialement dans le circuit pulmonaire, est directement soutenue. Le diaphragme lui-même n'échappe pas à l'influence directe de cette stimulation. L'air stagnant dans les voies respiratoires est, pour ainsi dire, exprimé, et un air pur et riche en oxigène est appelé du dehors pour le remplacer. Laquelle des méthodes déjà connues surpasse celle-ci en efficacité ? Si on leur doit d'heureuses cures, particulièrement aux différentes méthodes de respiration artificielle, c'est probablement au même principe de l'ébranlement mécanique du cœur et du déplacement artificiel du sang stagnant qu'il faut attribuer le succès. Il n'y a cependant que la méthode nouvelle pour bien produire ces deux effets De plus, seule elle s'applique sans aides, sans appareils, à tout moment, en tout lieu, et surtout sans la moindre perte d'un temps qui est extrêmement précieux.

Suivent onze cas de mort apparente où le procédé a été employé avec succès : soit 5 cas d'asphyxie par croup, corps étrangers (sang, pus) ou immersion ; 4 cas d'intoxication, par le chloroforme ou l'oxide de carbone ; 2 cas chez le nouveau-né à la suite d'accouchements laborieux.

(*Schmidt's Jahrbücher*, 1879 B. 181, n° 2.)

—

Purgatifs chez les enfants. — J. SIMON.

La *manne*, à la dose de 15 à 30 grammes, dans du lait, des loochs, des juleps.

La *mannite*, à la dose de 0,05 à 0,15, en pastilles, dans lesquelles on peut associer 0,01 de calomel par pastille,

Le *tamarin*, le *podophyllin* en pâte, que l'on mélange de confitures. Ces purgatifs sont trop actifs pour les nouveau-nés. A ceux-ci, il suffit d'administrer une demi-cuillerée à café d'*huile d'amandes douces*, pure ou mêlée, un peu plus tard, à parties égales d'*huile de ricin*.

La *magnésie* calcinée anglaise, à la dose d'une pincée (une cuillerée à sel) Pour un nouveau-né, délayée dans l'eau sucrée. pour un enfant plus âgé (de 4 à 5 ans), le *citrate de magnésie*, sous forme de limonade : un verre à Bordeaux de limonade à 60 grammes.

Les *lavements purgatifs* sont parfois d'un usage précieux. Outre le lavement de sel marin à la dose d'une cuillerée à café et même à soupe on conseille aussi :

Sulfate de soude. . .	15 grammes
Follicules de séné . .	5 —
Miel de mercuriale. .	30 —
Lavement n° 1.	

Dans les cas d'épanchements pleuraux, d'œdèmes sans affection rénale, on peut employer la *crème de tartre* :

Bitartrate de potasse. . .	10 grammes
Oxymel scillitique. . . .	15 —
Sirop de chicorée. . . .	15 —

Le *calomel* en pastilles, biscuits ou en poudre mélangé à du sucre : pour un enfant à la mamelle, 0,05 centigrammes ; pour 1 à 2 ans, 0,30 à 0,50 centigrammes.

Enfin, on peut donner une infusion de thé ou de café au lait contenant des *follicules de sené* à la dose de 2 grammes.

—

Méningite tuberculeuse. Prises purgatives au calomel. (H. ROGER.)

Calomel à la vapeur. . .	10 centigr.
Scammonée d'Alep pulv .	30 —
Sucre de lait pulv. . . .	4 grammes.

Mêlez exactement et divisez en deux prises.

On en donne une d'heure en heure aux enfants atteints de méningite tuberculeuse, jusqu'à ce qu'on ait obtenu deux selles. En même temps, on applique sur la tête des compresses d'eau glacée additionnée d'éther ou de chloroforme. Quand la maladie est plus avancée, on place un vésicatoire volant à la face interne de chaque cuisse (1200 *Formules*.)

BIBLIOGRAPHIE

—

L'*Année médicale* (1878). Résumé des progrès réalisés dans les sciences médicales publié sous la direction du Dr Bourneville, avec l'aide de nombreux collaborateurs, 1 vol. in-12 de 417 pages. Librairie E. Plon et Cie, rue Garancière, 10.

Ce volume répond à un besoin réel, celui de faire connaître rapidement, mais suffisamment, les *progrès réalisés* dans les sciences médicales. Il a pour but d'indiquer au praticien qui n'a pas le temps de lire attentivement les nombreux journaux de médecine et les compte-rendus des Académies et sociétés savantes, les recherches vraiment originales qui ajoutent aux connaissances du passé.

Le volume comprend dix-neuf articles spéciaux traités avec des développements inégaux à cause de l'absence de modèle et de la liberté accordée à chacun des collaborateurs. A la suite de quelques-uns des articles tels que ceux qui concernent l'anatomie, l'ophthalmologie, les maladies des voies urinaires, on a eu soin de donner la liste des principaux travaux publiés sur chacun de ces sujets. Il est regrettable que tous les auteurs n'aient point adopté cette bonne pratique à laquelle quelques-uns ont un peu suppléé en indiquant au bas des pages les titres des *Mémoires* et des ouvrages où ils ont puisé. C'est là du reste une lacune qu'il sera facile de combler dans le volume de l'année prochaine.

La médecine occupe naturellement une bonne partie du livre : elle comprend les maladies générales, celles des organes respiratoires (larynx et poumon), celles du cœur, du foie, des reins, du système nerveux, l'aliénation mentale, la syphilis du cerveau. Signalons en passant l'article sur la métalloscopie, la métallothérapie et à propos de l'athétose étudiée dans les maladies du système nerveux, rappelons aux auteurs l'intéressante observation que le Dr Tison a récemment publiée dans ce journal. Les spécialités médicales et chirurgicales n'auront pas à se plaindre, car l'ophthalmologie, les voies urinaires, les maladies de l'oreille, l'obstétrique sont traitées avec tous les développements que méritent ces diverses branches fort importantes de la médecino. Indiquons encore les eaux minérales et la thérapeutique. Ce dernier article comprend les nouvelles applications des médicaments anciens, et les remèdes nouveaux qui aspirent à prendre rang dans la matière médicale.

Trois tables terminent ce volume ; elles permettent de le consulter rapidement et avec fruit. La première, peut-être un peu trop courte, indique la série des matières. La seconde, de beaucoup la plus importante, est analytique. Elle contient, par ordre alphabétique, tous les sujets traités dans l'ouvrage. Enfin, la troisième n'est que la liste alphabétique de tous les auteurs dont il est parlé dans l'*Année médicale*, à laquelle nous souhaitons bien sincèrement de bientôt reparaître.

Dr A. B.

CHRONIQUE

Comité médical des Bouches-du-Rhône. Prix proposés.— Le comité décernera des médailles d'or, d'argent et de bronze, et des mentions honorables, aux auteurs dos meilleurs travaux sur les quostions ci-dessous désignées :

1° Ouvrage ou mémoire imprimé, sur une question quelconque de médecine, chirurgie ou sciences accessoires ; — 2° Quelle est l'influence du climat de Marseille, sur la marche de la phthiisie et les affections laryngées ; études comparatives avec d'autres stations méditerranéennes ; — 3° Etudier les moyens de reconnaître les sophistications des substances alimentaires et drogues simples, importées ou produites à Marseille (latitude accordée de ne traiter qu'un ou plusieurs points de la question) ; — 4° Etudier les Sociétés de secours mutuels, au point de vue du service médical et pharmaceutique. Les mémoires seront envoyés, sous les formes académiques à M. le Dr A. Picard, Président du Comité, rue de l'Arbre-Sec, 25, au plus tard le 15 mars 1880.

La sœur Ursule (Hôpital de la Pitié), envoie du vaccin au 6me jour, à tous ceux qui lui en font la demande.

Prière de joindre à la demande *deux timbres-poste* de quinze centimes, l'un pour affranchir la réponse, l'autre pour les frais de tubes, ciro, papiers, etc.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie

CORRESPONDANCE

Dr K. de R. à St-M. (Charente-Inférieure). — 22 octobre.

Requis par la justice, je dépose un mémoire d'honoraires de 21 francs. Il est réduit par le procureur de la République à 15 fr. Cette taxation est révisée par le receveur de l'enregistrement et le mémoire réduit à 6 fr. par ce fonctionnaire, qui ajoute : Revenez dans cinq jours. Mon envoyé se présente pour la troisième fois, le papier timbré est égaré. 3 réclamations subséquentes avec voyage ad hoc. Inutile d'ajouter que pour avoir le droit d'en rire, je fis cadeau de mon dû à l'Etat.

Que d'histoires de ce genre chacun de nous ne pourrait-il pas raconter !

Dr J. à B. (Rhône).

C'est par une omission, que vous n'avez pas reçu le journal jusqu'à ce jour, puisque vous êtes membre fondateur. Nous vous avons envoyé les numéros parus.

Dr A. Le F. (Morbihan). — 23 octobre.

Nous prenons bonne note de votre offre.

Dr M. à B. (Aisne). — 23 octobre.

Ce travail est fort long et sera onéreux. Nous n'en avons pas encore la faculté.

Nous pensons que dès maintenant le service de la poste sera régulier.

Dr C. à Ch. (Charente). — 24 octobre.

Notre organisation présente ne nous permet pas encore de vous rendre ce service. Nous n'y aurions pas d'ailleurs, économie. Le système américain que nous connaissons, nous semble excellent.

Dr F. à St-P. (Hérault). — 24 octobre.

Vous aussi avez été omis, non dans le classement des fondateurs, mais dans la liste des envois. Les 17 numéros vous sont envoyés. — Agréez nos excuses.

Dr M. à N. (Seine-Inférieure).

Vous êtes dans le même cas que notre confrère F.

Dr P. à C. (Oise).

Si vous avez plus tard la nouvelle adresse, nous vous serions obligés de nous la transmettre. Le poids, le format et la justification sont des obstacles momentanés à votre réclamation. — Ne pas rogner serait désagréable et de mince profit. Prendre des mesures au 1er janvier.

Dr D., à F. (Ariège). — 26 octobre.

Oui, avec empressement, votre envoi sera inséré. Vous pouvez nous adresser vos amis.

Dr L., ch. des L., à A. d. p. — 26 octobre.

Oui certes, avant l'époque nous nous informerons des convenances des fondateurs, participants et abonnés.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1e Année. — N° 20 15 novembre 1879

BULLETIN DE LA SEMAINE.

L'étiologie de la maladie charbonneuse a été tranchée par M. Pasteur. Une commission a été nommée à l'Académie pour examiner les faits contradictoires opposés par M. Collin et a admis, comme M. Pasteur, que la présence de la bactéridie dans l'organisme en constituait l'origine.

M. Collin avait avancé, dans une précédente séance, que la putréfaction faisait disparaître la virulence de la maladie charbonneuse, fait que M. Davaine avait d'ailleurs déjà établi.

M. Pasteur n'a jamais dit le contraire. Ce qu'il a démontré c'est que lorsqu'un animal atteint du charbon est enfoui, la terre qui le recouvre s'imprègne des germes infectieux et qu'elle est éminemment propre à communiquer la maladie charbonneuse. C'est un point important au point de vue de la prophylaxie du charbon, endémique dans certaines contrées. Il suffirait, d'après ces données, d'enterrer les animaux atteints du charbon dans des endroits spéciaux où les germes pourraient être facilement détruits.

M. Pasteur, qui depuis deux ans s'est consacré à étudier l'étiologie du charbon dans le département d'Eure-et-Loir, croit aujourd'hui tenir la solution de la question. Il est arrivé à reconnaître que, si la maladie charbonneuse règne endémiquement sur les moutons de la Beauce, cela tient à ce qu'il n'y a presque pas de champs dans cette région, où l'on ne trouve enfoui un animal ayant succombé au charbon. Or, au bout d'un ou deux ans de cet enfouissement, les couches superficielles de terre à ce niveau renferment, malgré les bouleversements du sol occasionnés par la culture, des germes en assez grande abondance pour pouvoir être recueillis et être inoculés avec succès à des cochons d'Inde.

Quand le troupeau vient parquer dans un champ où était antérieurement enfouis des moutons charbonneux, beaucoup des animaux qui le composent seront exposés aux atteintes de l'infection bactéridienne, surtout en été où les germes se développent de préférence et où la chaleur du soleil soulève dans l'atmosphère des parcelles de terre recouvertes de ces germes. L'existence de causes qui favorisent ou entravent la pénétration des germes dans l'organisme animal, explique pourquoi tous les animaux d'un même troupeau ne sont pas indifféremment contaminés.

M. Bouillaud à propos des réflexions de M. Pasteur fait remarquer que depuis longtemps déjà on avait établi l'intervention des germes dans le développement des maladies infectieuses putrides. Jamais, pour sa part, il n'a admis la spontanéité de ces maladies et on en trouverait la preuve dans ses ouvrages.

Ce que M. Pasteur a fait toucher du doigt, en découvrant les germes, M. Bouillaud l'avait déjà entrevu à l'aide du raisonnement. Ce que M. Bouillaud et ses contemporains appelaient les germes infectieux, M. Pasteur l'appelle la bactéridie.

Il est possible que déjà, du temps de M. Bouillaud les médecins qui n'admettaient pas la spontanéité et la spécificité des maladies, aient pressenti les découvertes récentes, mais le mérite de M. Pasteur n'en est nullement atteint. Avant la découverte de l'*acarus* de la galle, on n'admettait pas la spécificité de la maladie, il n'en est pas moins vrai que la découverte de M. Davaine a tranché la question d'une façon définitive et indiscutable. L'hypothèse, la théorie ont leur utilité, le fait seul reste et constitue la science.

CLINIQUE CHIRURGICALE
DE L'HOTEL-DIEU

—

LEÇON DE M. LE PROFESSEUR RICHET

(24 juin 1879)

Sein douloureux traité avec succès par la compression élastique permanente.

Extirpation d'une tumeur du sein chez une femme très-grasse. Accidents consécutifs : bronchite suffocante ; mort. Inconvénients du chloroforme chez les personnes grasses.

MESSIEURS,

Nous avons, en ce moment, dans le service plusieurs femmes qui ont mal au sein. Il y en a deux surtout qui peuvent servir de types pour l'étude de deux affections bien déterminées, intéressant la glande mammaire.

Permettez-moi de vous exposer brièvement l'histoire de chacune de ces malades, en insistant plus particulièrement sur les indications thérapeutiques qui découleront du diagnostic.

La première malade, couchée au n° 10 de la

salle Notre-Dame, est une femme âgée de 37 ans, nerveuse, impressionnable, dont l'instruction et l'éducation dépassent de beaucoup la moyenne que nous sommes habitués à rencontrer chez les pensionnaires de l'hôpital! Aussi l'affection qu'elle présente, très-rare chez les femmes du peuple, est-elle bien plus commune dans la clientèle des classes élevées de la ville.

Née à Paris, notre malade se fit recevoir institutrice à l'âge de 20 ans, et se maria quatre ans après. Pendant ses treize années de mariage, elle n'a pas eu d'enfant. Son système nerveux s'est épuisé à la longue par les efforts incessants qu'elle est obligée de faire. Déjà en 1871, après les fatigues et les privations du siége de Paris, elle avait eu des crises hystériformes qui se renouvelaient assez fréquemment. Depuis cette époque, elle souffre de névralgies passagères en différents points du corps; elle dort mal, et quand elle sommeille, elle a souvent des rêves effrayants.

En somme, cette femme se trouve d'ordinaire dans un état de surexcitation très-prononcé.

Le début de l'affection pour laquelle elle est venue réclamer nos soins remonte à quatre mois. Vers le commencement de mars, pendant qu'elle était en train de s'occuper de ses élèves dans la classe, elle reçut un coup dans le sein : une enfant la heurta subitement, sans le vouloir, en relevant la tête. La douleur, au moment du choc, ne fut pas très-vive; les jours suivants, la malade ne s'en ressentit même pas. Mais deux mois après, dans le courant de mai, la douleur se réveilla intense, et bientôt la malade s'aperçut que son sein avait augmenté de volume. Prise de frayeur, elle alla consulter un homme à qui la réclame a fait dans ces derniers temps une immense vogue, et qui traite les tumeurs du sein par les applications du guaco. Ce traitement ne réussit guère à la malheureuse femme, car, lorsqu'on enleva le guaco, elle avait un abcès au sein. C'est alors qu'elle est venue s'adresser à nous, après avoir épuisé la plus grande partie de ses ressources pécuniaires.

Aujourd'hui nous constatons sur le sein malade une sorte d'empâtement diffus. Si l'on saisit le sein avec les doigts dans le sens vertical ou dans le sens latéral, on sent une certaine dureté, ou plutôt une résistance élastique. Cette pression est d'ailleurs très-douloureuse et arrache parfois des cris à la patiente. Au premier abord, l'empâtement de la région et la dureté de la glande mammaire pourraient faire croire à une tumeur du sein. Mais si, suivant le conseil de Velpeau, on applique bien à plat la main sur la glande, de manière à la repousser contre la poitrine, on ne sent aucune bosselure anormale, et la malade éprouve un véritable soulagement.

Il n'y a donc pas de tumeur ici, et c'est pourquoi je n'accepte pas la dénomination de *tumeur irritable* qu'Astley Cooper a cru devoir donner à l'affection dont souffre notre malade. Astley Cooper avait, en effet, observé le premier, chez les femmes du monde, plusieurs cas analogues à celui dont je vous parle.

S'agit-il simplement d'une névralgie douloureuse du sein? Je ne le crois pas davantage. La névralgie existe réellement, mais elle est provoquée par une lésion réelle.

Considérons attentivement ce qui se passe chez notre malade! On rend la douleur bien plus vive en prenant le sein à pleines mains, tandis que par la pression d'avant en arrière cette douleur se calme. Quelques auteurs ont prétendu qu'il y avait dans ces cas une inflammation latente de la fibre albuginée. Il est certain, en effet, que les tissus blancs sont susceptibles de s'enflammer. C'est probablement ce qui est arrivé chez notre malade : à la suite du coup qu'elle a reçu dans le sein, cette femme a dû avoir une inflammation des fibres albuginées de la glande. La tumeur irritable d'Astley Cooper ne me paraît pas autre chose que cette inflammation des fibres albuginées.

Quant à l'abcès de notre malade, il a été sûrement provoqué par les applications de guaco, forcément irritantes, car le guaco ressemble assez exactement par sa consistance à de la poix de cordonnier.

Nous avons maintenant à nous demander quel mode de traitement convient à notre malade. Le meilleur, c'est la compression élastique et permanente du sein! Nous obtenons cette compression à l'aide de bandes de caoutchouc appliquées autour de la poitrine par dessus deux ou trois feuilles d'ouate recouvrant directement le sein.

Pour faciliter la résolution de l'inflammation j'ai également tout d'abord fait placer sur le sein un emplâtre fondant de belladone.

Voilà trois jours seulement que nous avons commencé le traitement chez notre femme, et déjà nous constatons une amélioration sensible. J'estime que la malade sera guérie au bout de huit à dix jours.

Ainsi, messieurs, rien de plus simple que le traitement par la compression élastique. Si vous avez soin de porter un diagnostic exact vous, réussirez toujours en suivant la pratique que je vous conseille.

J'ai recueilli moi-même de nombreuses observations de seins douloureux chez des femmes du monde, fatiguées par les veilles ou l'abus des plaisirs. Par la compression j'ai guéri toutes mes malades.

— La seconde femme dont j'ai à vous parler est âgée de 56 ans. Mère de plusieurs enfants, elle eut, à la suite d'une de ses couches, une déchirure complète du périnée, dont M. le Dr Colson (de Beauvais) a pratiqué la restauration avec un succès parfait.

La malade est très-grasse et d'un volumineux embonpoint. Elle a cessé d'être réglée depuis quatre

ans environ. Deux ans après la ménopause, elle a commencé à voir apparaître au niveau du sein gauche une petite tumeur qui ne dépassait pas, au début, la grosseur d'un œuf de pigeon. Ce fait lui a donné beaucoup de soucis, et depuis dix-huit mois environ elle s'est adressée à différents médecins de Paris qui se disent spécialistes pour le traitement des tumeurs du sein. Elle a essayé en dernier lieu, les applications do guaco, qui ne paraissent pas avoir été plus efficaces que les moyens précédemment employés, car aujourd'hui cette femme se présente à nous avec un sein énorme. Il s'agit bien d'une tumeur de la glande mammaire, qui reste toujours apparente, quel que soit le sens des pressions exercées avec la main. Le volume de la tumeur égale, à peu près, celui d'une tête de fœtus à terme; elle adhère à la peau en certains points et s'accompagne d'un certain degré de rétraction du mamelon.

La dureté et la résistance qu'elle offre à la pression suffisent pour faire écarter l'idée d'une tumeur de nature encéphaloïde. Nous n'avons pas non plus affaire à une tumeur squirrheuse, car le squirrhe, qui n'est ni végétant ni productif, ne donne pas naissance d'habitude à des tumeurs aussi volumineuses. Il est bien plus probable que notre malade est atteinte d'une tumeur fibro-plastique ou fibro-épithéliale. Le volume ot la consistance de la tumeur, ainsi que l'absence de ganglions axillaires ou sous-claviculaires volumineux, militent en faveur de cette hypothèse.

Quoi qu'il en soit, la tumeur n'est justiciable que du bistouri. Nous allons donc opérer cette malade en extirpant largement toutes le parties suspectes.

—

(24 juillet 1879).

Messieurs,

L'extirpation de la tumeur du sein que j'ai pratiquée devant vous à la dernière séance, a présenté quelques difficultés. Contrairement à nos prévisions, nous avons trouvé un certain nombre de ganglions atteints dans le creux axillaire. L'épaisseur de la couche graisseuse sous-cutanée empêchait de bien les sentir avant l'opération.

L'examen de la tumeur, au microscope, a donné les résultats suivants : l'élément fibreux domine sur l'élément cancéreux ; le tissu fibreux est entremêlé de cellules à noyaux multiples. En somme, la tumeur est de nature fibro-épithéliale, et l'on pourrait rationnellement se demander si ces produits cellulaires ne se sont point développés dans les tubes glandulaires.

Je passe maintenant aux suites de l'opération; elles ont été mauvaises. Quarante-huit heures après, notre malade a été prise de suffocation : la respiration était haletante et accélérée; on notait 52 respirations et 124 pulsations à la minute. De plus on constatait à l'auscultation tous les signes d'une bronchite capillaire ; des râles sous-crépitants très-fins s'entendaient à la base de chaque poumon. Malgré tout ce que nous pûmes faire, ces phénomènes s'aggravèrent rapidement ; la suffocation augmenta d'une manière progressive et continue.

Au bout de huit jours on voyait apparaître une forte rougeur sur les bords de la plaie. Je crus d'abord à un érysipèle; mais le lendemain la malade se plaignait de douleurs articulaires, et succombait asphyxiée, avant que la rougeur du pourtour de la plaie se fût étendue. La mort est survenue au neuvième jour de l'opération.

L'autopsie nous a révélé des lésions intéressantes. Il n'y avait pas d'abcès métastatiques dans les poumons, mais on voyait, à la base du poumon droit, une large tache ecchymotique analogue à celles que l'on rencontre d'habitude dans les cas de mort par asphyxie.

Le tissu pulmonaire avait perdu sa consistance élastique : néanmoins tous les morceaux surnageaient dans l'eau. A la coupe on voyait s'échapper des bronches de la sérosité rougeâtre en grande abondance.

La muqueuse de la trachée était le siége d'arborisations très-fines. En arrière de la trachée, à la racine des bronches, existait une tumeur ganglionnaire qui repoussait en arrière et comprimait le nerf pneumogastrique.

Peut-être la présence de cette tumeur a-t-elle été pour quelque chose dans les phénomènes de suffocation survenus après l'opération.

Le cœur ne présentait rien de particulier.

Sur les deux reins on trouvait quelques infarctus, semblables aux infarctus de l'asphyxie.

Enfin l'articulation du genou et celle du coup-de-pied du côté gauche contenaient une quantité de pus que l'on peut évaluer à 300 grammes environ.

Ces différentes lésions nous permettent-elles de découvrir la cause de la mort? Pour mon compte je dirai que notre malade a succombé à une bronchite capillaire suffocante. Il est vrai que la présence du pus dans deux articulations semble indiquer aussi qu'il y a eu de l'infection purulente.

Le chloroforme est-il incriminable ici? Vous savez tous que, chez certains malades très-sensibles les inhalations de chloroforme déterminent de la rougeur des muqueuses.

J'ai observé autrefois à l'hôpital St-Louis un malade qui mourut au 12me jour d'une amputation du bras, après avoir présenté des symptômes de bronchite suffocante, comme la femme opérée la semaine dernière.

Plus récemment j'enlevais également une tumeur du sein chez une dame très grasse, cliente de mon regretté collègue le professeur Gubler. Le lendemain l'opérée fut prise de suffocation, mais la plaie resta fraîche et ne rendit pas de pus.

En résumé, je crois que les accidents présentés par notre malade peuvent être attribués en partie

au chloroforme. Peut-être le chloroforme agit-il chez les personnes grasses en paralysant les extrémités radiculaires du nerf pneumo-gastrique. La conclusion qui en découle au point de vue clinique, c'est qu'il faut autant que possible, s'abstenir de donner du chloroforme aux individus très-gras.

REVUE GÉNÉRALE

DE LA MÉTALLOSCOPIE ET DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE

C'est en 1850 que M. le Dr Burq fit connaître ses premières expériences sur « les *effets physiologiques et thérapeutiques des armatures métalliques ou de certains métaux sur les paralysies du sentiment ou anesthésie.* » De nouvelles notes, de nouvelles expériences du même auteur suivirent bientôt, mais sans grand retentissement dans le monde médical. M. Burq ne se découragea pas et finit enfin par obtenir l'attention des savants. Il eut la bonne fortune d'obtenir de faire des expériences dans le service de M. le professeur Charcot, et, grâce à ce haut patronage, les difficultés s'aplanirent.

Une commission fut nommée par la *Société de Biologie* et deux rapports furent faits à cette savante compagnie. Des travaux de M. Charcot, de M. Dumontpallier, de M. Vigouroux, de M. Regnar, de M. Debow, de M. Douglas-Aigre, vinrent solliciter et définitivement forcer l'attention du public. M. Burq, enfin, avait vaincu l'indifférence et l'incrédulité. Et cependant quelle application était plus indiquée que celle des forces physiques à la thérapeutique ?

Mais peut-être faut-il voir dans cette longue l'indifférence et cette incrédulité du médecin une sorte de protestation contre les exagérations même de M. Burq, et cependant, quoi de plus naturel aussi que l'enthousiasme d'un homme pour une vérité méconnue de tous et qui s'offre à lui avec tous ses caractères de lumineuse évidence.

Et puis encore cette application de pièces de monnaie, de pièces d'or ou d'argent sur certaines parties du corps de femmes hystériques était de nature par leur étrangeté même, a prévenir les médecins si souvent trompés, par ce genre de malades. Il y avait là comme une vague réminiscence des expériences de Mesmer et de ses imitations.

Aujourd'hui la vérité se dégage peu à peu et on est en mesure de dresser le bilan de nos connaissances sur ce sujet si nouveau et si intéressant.

Nous n'aurions pas entrepris cette revue sans la remarquable thèse d'un ancien interne des hopitaux, M. Douglas Aigre qui a été à même de suivre les expériences de MM. Charcot et Dumontpallier et sur le résumé si clair donné par M. Vigouroux dans l'*Année médicale.*

Nous ne rechercherons pas les origines de l'emploi des métaux en applications externes, malgré l'intérêt très réel d'un pareil sujet, nous rapporterons simplement les faits acquis et les théories invoquées pour les expliquer, plus sobres d'ailleurs sur ces dernières, car ainsi qu'il est facile de le prévoir, la science n'a pas dit son dernier mot sur cette question née d'hier.

Voici sommairement ce que M. Burq avait observé.

Chez une hystérique et, d'une façon générale, dans les cas bien nets de névrose, avec diminution ou disparition de la sensibilité cutanée, si on applique sur la région insensible une plaque de métal, on voit en quelques minutes la sensibilité reparaître, en même temps la circulation cutanée est visiblement activée et la force musculaire du membre qui était diminuée, revient à son état normal.

Voici les deux points essentiels sur lesquels portaient la découverte de M. Burq et qui ont été soumis au contrôle de la commission nommée par la société de Biologie et qui sont ainsi résumés par M. Vigouroux :

1° *Tous les métaux ne peuvent pas être pris indistinctement pour obtenir ces effets sur un sujet donné.* M. Burq se servait le plus habituellement de fer ou d'acier, de cuivre ou de laiton, de zinc, d'étain, d'or, d'argent et aussi de platine, d'aluminium et de nickel. Or parmi ces métaux, il n'y en a d'ordinaire qu'un, plus rarement deux ou trois qui soient aptes à provoquer les phénomènes mentionnés ci-dessus. Le malade est dit *sensible* à ce métal ; c'est ce métal qui caractérise son *idiosyncrasie* métallique Les procédés qui servent à le trouver constituent la *métalloscopie.*

2° Une fois que l'on a déterminé par une série d'essais le métal auquel le malade est sensible on a la presque certitude, *en administrant ce métal à l'intérieur*, soit à l'état de poudre, soit à l'état d'oxyde ou de sel, d'obtenir des effets curatifs que l'on aurait vainement demandés aux autres médicaments. — C'est la *métallothérapie interne ;* l'externe consiste dans l'emploi répété et exclusif des applications métalloscopiques.

Telles étaient les assertions de M. Burq, voici maintenant les faits constatés par la commission de la Société de biologie (commission composée MM. le Charcot, Luys et Dumontpallier, rapporteur.)

Le premier rapport pouvait être ainsi résumé :

Chez des malades hystériques ou hystéro-épileptiques, dont un côté du corps est frappé d'anesthésie générale et d'anesthésie des sens spéciaux, l'application d'un métal peut ramener la sensibilité pour un temps plus ou moins long après chaque expérience.

Il convient d'abord, l'anesthésie ayant été bien constatée, par des moyens qui ne peuvent laisser de doute dans l'esprit, de déterminer quel est le métal qui peut avoir une action spéciale.

Ce métal varie avec les malades et chaque malade a son aptitude métallique spéciale, c'est-à dire que la sensibilité peut être recouvrée sous l'influence d'un métal déterminé.

La force musculaire mesurée avec un dynamomètre augmente, dans une notable proportion, lors de l'application des plaques.

Il y a également élévation de la température et activité plus grande de la circulation capillaire après l'application.

Les sensibilités spéciales sont également favorablement modifiées par les métaux appliqués sur les régions frontale, temporale et mastoïdienne.

Tous les résultats qu'on obtient ainsi sont passagers, sauf dans certains cas spéciaux que nous étudierons plus loin.

Le phénomène du *transfert* est un fait expérimental nouveau que la commission a trouvé sans le chercher et sur lequel nous reviendrons plus loin.

Le second rapport, présenté par M. Dumontpallier à la Société de biologie, au nom de la commission, porte non plus sur la *métalloscopie,* mais sur la *métallothérapie*. Il ne s'agit plus de constater l'action des métaux sur les anesthésies hystériques, mais bien d'en déduire un système de thérapeutique ; ce devait être la confirmation de la seconde loi du docteur Burcq, à savoir que l'aptitude métallique enseigne quelle est l'aptitude métallique interne ; c'est-à-dire qu'étant connu le métal qui, par son application externe, a modifié la sensibilité et la force musculaire des hystériques, c'est ce même métal qu'i convient de donner à l'intérieur pour guérir les manifestations de l'hystérie.

Les conclusions de ce rapport sont moins explicites que celles du premier. Il y est dit que les malades soumises au traitement interne dont la base métallique avait été indiquée par la métalloscopie « *ont paru retirer un notable avantage de ce traitement* », et que la commission, s'appuyant sur les faits qu'elle a constatés, croit qu'il y a lieu d'encourager de nouvelles recherches métallothérapiques.

Sur le premier point essentiel, la commission avait donc donné raison à M. Burq.

Entrons maintenant dans l'analyse plus exacte des faits.

Il est nécessaire de décrire les procédés opératoires à l'aide desquels on fait les explorations métalloscopiques. Nous suivons absolument le travail excellent de M. Douglas Aigre.

Comme exemple on suppose avoir affaire à une femme hystérique, hémianesthésique, à gauche, que l'on se propose de soumettre à l'exploration méthodique.

Cette hémianesthésie a amené la diminution considérable, ou même la perte complète de la sensibilité:cutanée, gustative, auditive, oculaire et odorante.

Mais avant de décrire les effets produits par l'application des armatures métalliques, pour les rendre intelligibles et claires, il est nécessaire d'en donner une description aussi succincte, d'ailleurs, que possible. Pour constater la diminution ou la perte de la sensibilité cutanée, il suffit, on le sait, de faire usage d'une épingle, avec laquelle on peut, sans la moindre sensation douloureuse, transpercer la peau de part en part. On peut encore faire usage d'un instrument auquel M. Burq a donné le nom d'*esthésiomètre*. Ce compas, analogue au compas de Weber, offre un double avantage, selon M. Dumontpallier. En effet, il présente à ses extrémités deux pointes d'ivoire destinées à étudier la sensibilité tactile ; puis, sans que le malade s'en aperçoive, il suffit de faire tourner chacune des extrémités de l'instrument sur elle-même, pour faire saillir une aiguille, à l'aide de laquelle on peut explorer la sensibilité à la douleur. On a prétendu que les hystériques pouvaient, par un effort de volonté dissimuler la douleur. « Je veux bien croire qu'il y ait chez elles des troubles intellectuels tels qu'ils puissent lutter contre la douleur et presque dire : douleur, tu n'es qu'un mot. Mais il est des circonstances où les malades ne peuvent pas être accusées de supercherie et où elles ne peuvent pas facilement induire le médecin en erreur. » (Dumontpallier). Or ces circonstances ne sont pas rares et à chaque pas nous aurons soin de faire ressortir l'impossibilité de la supercherie.

Au point de vue du *goût,* on apprend, en interrogeant la malade, que tous les aliments, de quelque nature qu'ils soient, mis en contact avec tout le côté atteint d'analgésie de la muqueuse buccale, ne réveillent que des sensations de mastic ou de gravier, selon leur consistance. L'expérience commune qui consiste à déposer de la coloquinte sur le côté anesthésié confirme ce que raconte la malade.

La diminution du sens de l'*ouïe* ne s'accuse pas elle-même. La malade ne s'aperçoit pas de cette perte fonctionnelle, puisque l'oreille, du côté sain, perçoit les sons. M. Gellé a montré, cependant, que l'hémianesthésie s'étendait jusqu'à cet organe. Bien plus, c'est en explorant l'acuité auditive chez une hémianesthésique qu'il a pour la première fois constaté le phénomène du *transfert.* Voici en quoi consiste ce phénomène curieux et inattendu : Si l'on ramène la sensibilité cutanée ou spéciale dans une partie chez une hémianesthésique, on constate qu'elle disparaît en même temps de la région ou de l'organe symétrique du côté sain. Ce phénomène, ainsi que l'a constaté M. Vigouroux, n'est pas absolument propre aux hystériques, ni même tout à fait général chez elles. Ce distingué médecin a observé l'existence du phénomène de *transfert* dans des hémianesthésies d'origine cérébrale, et son absence dans des hémianesthésies hystériques.

Dès le début des recherches, M. Charcot avait fait appliquer des pièces de fer et d'or à deux malades atteintes de longue date d'hémianesthésie et d'hémichorée, dues à des *hémorrhagies cérébrales,* et il avait constaté chez ces deux malades le retour à la sensibilité et à la régularité des mouvements. Cette amélioration a persisté intégralement depuis.

Ce phénomène n'avait pas été observé par M. Burq et la découverte est due tout entière à M. Gellé, à qui nous devons un moyen très simple et très sûr pour mesurer l'acuité auditive. On se place derrière le malade, ce qui écarte toute idée de supercherie, puis on introduit dans chaque oreille une extrémité d'un tube en caoutchouc ; on fait courir sur ce tube une montre et l'on note la distance à laquelle le tic-tac de la montre est entendu à droite et à gauche par la malade.

Le phénomène contraire au *transfert* se produit dans les circonstances inverses ; si chez une hystérique atteinte d'hémianesthésie, on applique le métal auquel elle est sensible *du côté sain,* on voit l'*anesthésie se produire* d'abord localement, puis la *sensibilité apparaît* sur le point symétrique *du côté où siège l'hémianesthésie,* et ce phénomène se produit encore pour les organes des sens, les vaso-moteurs et la force musculaire.

L'insensibilité de la muqueuse nasale est très-facile à constater ; il suffit de boucher une narine de la malade et d'appliquer à l'autre des substances odoriférantes très-fortes, la malade n'accuse aucune sensation désagréable.

M. Dumontpallier se sert plus volontiers de l'éther qui a cet avantage sur l'ammoniaque de n'avoir pas d'action caustique sur la muqueuse nasale. Pour l'œil on observe la dyschromatopsie et l'achromatopsie

hystérique, que M. Charcot a bien étudié dans une conférence reproduite par le *Progrès médical :*

« M. Briquet, on le sait, a depuis longtemps mentionné l'existence de divers phénomènes morbides qui occupent l'œil du côté où siége l'hémianesthésie ; de ce côté la malade voit mal, les objets ne dessinent pas nettement leur image ; les draps du lit et le papier paraissent gris ; les caractères d'un livre ne semblent pas d'un beau noir, et ils sont souvent si peu distincts que les malades ne peuvent pas les lire ; elles voient sur le livre du gris plus foncé sur du gris moins foncé Lorsque l'anesthésie est portée au dernier degré, elle donne lieu à l'amaurose... »

M. Galezowski a montré que ce genre d'amblyopie s'accompagne régulièrement de dyschromatopsie ou d'achromatopsie, c'est à-dire d'une distinction défectueuse ou absolument nulle des couleurs.

Il est remarquable que cette perversion du sens de la vue, en ce qui concerne la notion des couleurs, s'opère suivant certaines règles, certaines lois, que M. Landolt *(Leçons sur le diagnostic des maladies des yeux*, p. 115) a bien fait connaître à la suite de recherches entreprises sur les malades du service de M. Charcot.

A l'état normal, toutes les parties du champ visuel ne sont pas également aptes à percevoir les couleurs. Il est des couleurs pour lesquelles le champ visuel est physiologiquement plus étendu que pour d'autres, et ces différences se reproduisent chez tous les sujets à peu près, suivant la même règle pour chaque couleur. Ainsi, dans la grande majorité des cas, c'est pour le bleu que le champ visuel est le plus vaste ; viennent ensuite le jaune, puis l'orangé, le rouge, le vert ; enfin, le violet n'est perçu que par les parties les plus centrales de la rétine.

Dans l'amblyopie hystérique, ces caractères de l'état normal se montrent en quelque sorte exagérés à des degrés variés. Là, en effet, les divers cercles qui correspondent dans l'exploration par la méthode de M. Landolt, aux limites de la vision pour chaque couleur, se rétrécissent concentriquement, d'une façon plus ou moins accentuée, suivant la loi reconnue pour l'état normal. On comprend sans peine, d'après cela, les nombreuses combinaisons qui pourront se produire dans les cas d'hystérie où ce genre d'amblyopie sera parvenu à un haut degré.

Le cercle du violet — couleur *centrale* par excellence — pourra se rétrécir jusqu'à devenir nul, et la malade, distinguant nettement toutes les autres couleurs, sera incapable de nommer le violet ; puis, la maladie progressant, ce sera le tour du vert — autre couleur *centrale* — puis le tour du rouge, de l'orangé. Le jaune et le bleu — couleurs *périphériques* — continueront à être perçues jusqu'à la fin. Ce sont, en effet, l'observation le démontre, les deux couleurs dont la sensation, dans l'amblyopie hystérique, se conserve le plus longtemps. Il y a, cependant, on pouvait s'y attendre, des exceptions à la règle commune, en ce sens que certains malades, et le cas n'est pas rare, M. Charcot s'en est assuré encore tout récemment, persistent à voir le rouge alors que la notion du jaune et même du bleu s'est déjà éteinte ; mais on peut, quant à présent, dit M. Charcot, considérer comme une règle absolue que les couleurs *centrales*, le vert et le violet, ce dernier surtout, cessent d'être perçues avant que la notion du rouge et des autres couleurs disparaisse.

A un degré plus élevé encore de l'amblyopie hystérique, il peut se faire que toutes les couleurs cessent d'être perçues absolument, la notion de la forme étant conservée, et alors les objets n'apparaissent plus en quelque sorte aux yeux de la malade que sous l'aspect où ils se présentent dans une peinture grise en « camaïeu » ou dans une aquarelle à la « sépia. » Enfin, au dernier terme l'amblyopie hystérique peut faire place — le cas est assez rare — à une véritable amaurose.

Ces altérations chromatiques du champ visuel se manifestent principalement, comme on l'a dit dans l'œil correspondant, au côté hémianesthésié ; mais il est habituel que le champ visuel pour les couleurs se montre en même temps rétréci, à un degré beaucoup moindre, il est vrai, dans l'œil du côté opposé. C'est pourquoi il n'est pas très-rare de rencontrer des hystériques qui, ne distinguant de l'œil gauche, par exemple, répondant au côté hémianesthésié, que les couleurs périphériques, à savoir le jaune et le bleu, auraient perdu seulement pour l'œil du côté opposé, la notion des couleurs centrales, à savoir, au premier chef le violet, puis le vert. On comprend théoriquement l'existence d'une foule d'autres combinaisons fondées sur le même principe, et ces combinaisons trouvent chaque jour leur réalisation dans la clinique.

Il est bien entendu que ces troubles visuels de l'hystérie sont tous fonctionnels et qu'ils ne s'accompagnent dans le fond de l'œil d'aucune altération visible à l'ophthalmoscope. La pupille et la rétine sont dans des conditions tout à fait normales. L'examen comparatif du fond de l'œil des deux côtés ne dénote même aucune différence appréciable dans la vascularisation des parties.

Il faut ajouter que cet ensemble de symptômes peut présenter la même *mobilité classique* que les autres *manifestations locales* de la diathèse hystérique, et comme celle-ci se montrer et disparaître soudainement, ou au contraire s'établir à l'état de phénomène persistant.

Ces troubles oculaires chez les hystériques ont suggéré à M. P. Regnard des recherches très-intéressantes sur la nature de l'achromatopsie dont nous venons de parler. Selon lui, l'achromatopsie serait due à une lésion centrale et non à une lésion rétinienne.

Ces symptômes bien constatés, si on prend une ou plusieurs plaques de métal (3 ou 4) auquel la malade est sensible, ce dont on se sera assuré par des essais successifs, on les appliquera sur un point quelconque de la surface cutanée, sur l'avant-bras, par exemple, et du côté *insensible*.

D'abord la malade accuse au bout de quelques minutes une sensation de chaleur, de chatouillement, de démangeaison au niveau des plaques. On peut constater en les soulevant que la peau, à ce niveau, est rouge, congestionnée. Puis, peu à peu, le retour de la sensibilité se fait et une piqûre d'épingle produit une sensation de douleur et amène une goutte de sang. Le retour de la sensibilité s'é-

tend peu à peu et augmente d'étendue. Un thermomètre fixé dans la main, du côté préalablement insensible *accuse une ascension de la température*. Cette élévation de la température est un fait qui éloigne encore toute idée de supercherie de la part du malade. Il a donc une importance extrême. « Je déclare ici, disait M. Dumontpallier, que je ne me suis fait le défenseur de la doctrine de M. Burq, qu'à partir du jour où j'ai vu toutes les modifications de la température accusées par le thermomètre, lequel ne pouvait être le complice de la malade ni du médecin. »

Du coté opposé, en supposant un cas type, on constate que la sensibilité est abolie, que la piqure reste sans effet et n'amène pas la moindre goutte de sang.

Dans les cas ordinaires le retour de la sensibilité n'est pas complet et il est en rapport avec le nombre des plaques employées.

Si on pose une plaque sur la langue, ou seulement sur le cou la sensibilité gustative reparaît. Pour l'odorat la plaque se pose sur les ailes du nez.

Dans l'achromatopsie, on dispose les plaques autour de l'orbite ou sur la région temporale! L'œil du côté malade commence bientôt à percevoir le bleu ou le rouge, selon les malades, puis le jaune, le vert et enfin le violet. Si on met devant l'œil de la malade un petit carré de papier d'une de ces différentes teintes, c'est d'abord sur les bords que la couleur est perçue, le centre du carré reste gris, puis, peu à peu, il se forme un cercle coloré qui gagne en étendue vers le centre jusqu'à ce que le morceau de papier tout entier se présente à elle avec sa véritable couleur.

Dans l'œil d'abord sain le phénoméne de *transfert* s'est produit progressivement et à mesure que la perception d'une couleur était recouvrée du côté malade, elle était perdue du côté sain. L'ordre d'apparition et de disparition des couleurs et le transfert suit chez les hystériques l'ordre de l'étendue du champ visuel pour les diverses couleurs à l'état normal ainsi que l'a établi M. Landolt (Aigre).

Cette guérison est elle définitive? Non. Une fois les plaques enlevées, les troubles reparaissent.

Les troubles de la motilité chez les hystériques sont fréquents ; on rencontre des exaltations, des diminutions ou des perversions de la contractilité musculaire. Parfois on observe des parésie, c'est-à-dire des affaiblissements musculaires qui simulent la paralysie, puis des paralysies véritables, des paraplégies et des hémiplégies. Parfois, quand il y a exaltation de la contractilité, ce sont des convulsions, des contractures, des spasmes.

Or l'effet des armatures métalliques n'est pas moins sensible sur le système musculaire que sur la sensibilité. Si nous supposons toujours une hystérique atteinte d'hémianesthésie, nous pourrons donc avoir aussi du côté affecté l'abolition de la puissance musculaire *(amyosténie de M. Burq)*. On mesure le degré de cet affaiblissement à l'aide du dynamomètre. En même temps que la sensibilité reparaît, que la température s'éléve, on voit aussi s'élever la puissance musculaire de la malade constatée par le dynamomètre.

Il y aurait peut-être là quelque motif pour invoquer la simulation, mais ce qui ne peut se simuler c'est l'élévation de la température coïncidant précisément avec cette augmentation de la force musculaire.

L'ascension de la température, le retour de la sensibilité et la force musculaire se constatent simultanément, et cela pendant tout le temps que les plaques métalliques restent appliquées.

Nous avons dit que chaque malade avait un métal auquel elle était plus particulièrement sensible. Pour rechercher cette idiosyncrasie particulière il faut d'abord commencer par essayer le fer.

Ensuite on fait usage du cuivre, de l'or, du zinc, de l'argent, de l'étain, du platine.

Dans l'origine de ces recherches curieuses, on procédait autrement. On appliquait simultanément sur la partie anesthésiée différents métaux. La commission nommée par la Société de biologie a remarqué, et c'est encore là une des particularités nouvelles les plus remarquables, que la présence d'un métal *neutre* pouvait modifier tellement les phénoménes, que les effets produits par le métal positif n'avaient plus lieu. Aussi M. Dumontpallier fait-il une règle de mettre un certain intervalle entre chaque expérience et n'applique-t-il qu'un seul métal à la fois.

(A suivre).

PATHOLOGIE MÉDICALE

NOTE SUR L'ATAXIE LOCOMOTRICE FRUSTE

(Douleurs fulgurantes sans incoordination motrice).

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du vendredi 27 juin 1879.

Par M. Debove,

Agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux.

M. Debove est venu entretenir la Société d'un cas d'ataxie locomotrice fruste qui a donné lieu de sa part, a de très-intéressantes considérations que nous reproduisons. Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans qui entra dans son service, atteinte d'une lésion cardiaque aux suites de laquelle elle succomba.

« Cette dernière affection ne présenta rien de particulièrement intéressant. C'était une insuffisance mitrale qui ne parut s'éloigner en rien des formes classiques ; mais, en interrogeant cette malade avec soin, nous apprenons que, depuis cinq années environ, elle est prise d'accès douloureux ayant pour siége les membres inférieurs, revenant à des périodes irrégulières, au bout de quinze jours, un mois, deux mois, apparaissant sans cause évidente et disparaissant de même. Ces douleurs avaient un caractère de fulguration très-net et étaient assez violentes pour arracher au sujet des cris et des gémissements. En présence d'un symptôme aussi accusé et que nous considérons comme caractéristique (notre observation le démontrera), nous n'hésitâmes pas à porter le diagnostic ataxie locomotrice.

Deux signes vinrent encore confirmer notre manière de voir. A diverses reprises, le sujet avait éprouvé à la base du thorax un sentiment de constriction extrêmement pénible, et, de plus, il y a

six mois, il eut un prolapsus de la paupière gauche, qui fut traité, nous ne sûmes comment, et disparut au bout de trois semaines.

Tous les autres signes de l'ataxie locomotrice faisaient défaut, quelque soin que nous ayons pris d'en rechercher l'existence. Il n'y avait pas de trace d'incoordination motrice ; même les yeux fermés, la malade avait la notion exacte de la situation de ses membres, elle n'avait d'anesthésie en aucun point, et sentait parfaitement le sol sur lequel elle marchait. Nous croyons, en un mot, avoir passé en revue tous les signes connus de l'ataxie, et n'avoir constaté que l'existence de douleurs fulgurantes, de douleurs en ceinture et d'une paralysie oculaire ; il faut dire cependant que nous avons omis de rechercher si le phénomène nouvellement décrit sous le nom de phénomène du tendon, existait chez notre sujet.

Quoique notre diagnostic fût basé entièrement sur les commémoratifs (personnellement, nous n'avons pas observé de crises douloureuses), il fut ultérieurement confirmé par l'autopsie. Nous avions affaire à une ataxique à la première période de son mal, et qui mourut avant d'arriver à la période d'incoordination, à une ataxique sans ataxie, à une tabétique (Charcot), expression qui nous paraîtrait bien préférable s'il n'était si difficile de réformer les expressions médicales même les plus impropres, une fois qu'elles ont passé dans le langage courant.

A l'autopsie, nous trouvâmes les lésions de l'affection mitrale à laquelle avait succombé notre malade.

La moelle examinée avec soin présentait les lésions caractéristiques de l'ataxie locomotrice.

L'histoire de notre malade, ajoute M. Debove, met en relief plusieurs faits qui, n'étant pas encore ni classiques ni étayés par un nombre suffisant d'observations, sont mis en doute par divers auteurs. Elle montre qu'il y a des ataxiques sans ataxie, ce qui n'est certainement pas rare, mais ce qu'on a rarement l'occasion de vérifier par l'autopsie.

La clinique nous apprend, en effet, que la période d'incoordination est ordinairement précédée d'une période caractérisée par les douleurs fulgurantes seules, période qui peut durer des années, comme l'a bien fait ressortir Duchenne. Mais les malades ne meurent pas à cette période, ou meurent d'une affection intercurrente qui détourne l'attention du médecin. Nous ne connaissons que le fait de MM. Charcot et Bouchard, où, comme dans le nôtre, l'autopsie ait été pratiqué à la période de fulguration. Il a trait à une femme présentant depuis trois ans des douleurs caractéristiques dans les membres inférieurs, et qui succomba à une maladie du cœur (affection aortique.) La sclérose des cordons postérieurs, quoique peu accentuée, put cependant être reconnue à l'œil nu, tandis que, sur nos pièces, ce mode d'examen était absolument négatif, et notre fait, à une époque où l'on n'examinait pas la moelle par les procédés actuels, eut passé pour un exemple d'ataxie sans lésion, il eût grossi le nombre des observations sur lesquelles s'appuyaient des hommes éminents, tels que Trousseau, pour soutenir que la maladie était une névrose congestive, et que les lésions, quand elles existaient, étaient le résultat de cette congestion. Or, dans notre cas, quoique la maladie fût à sa première période, on observait des lésions caractéristiques.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Monsieur le Directeur,

Dans votre numéro d'hier, je lis une lettre du docteur Grandclément qui ne se montre pas précisément bien tendre pour nos anciens maîtres. Il ne me sied guère de prendre leur défense ; au besoin ils sauront bien le faire eux-mêmes.

Quand au « campagnard sans éducation et sans instruction » du docteur Grandclément, je ne puis le laisser passer sans une sérieuse protestation. C'est que je crois reconnaître un de mes anciens condisciples dans le portrait qui y est tracé. Il faut convenir que le fait signalé, s'il ne devait soulever de nombreuses et énergiques protestations, serait peu flatteur pour les anciens condisciples de l'officier de santé en question, voire même pour l'Ecole qui délivrerait si légèrement des diplômes.

Je veux donc répondre au docteur Grandclément par des faits. J'ai, à cette heure, sous les yeux, quelques consultations du médecin qui, au dire du docteur Grandclément, auraient été *reçu par un véritable tour de force*. J'en prends une au hasard et je reproduis textuellement.

« *Prendre pour les ners du sermain contrat deux fois le matin et le soir. Boire de tisanne de racines de fougères bartase 6 racines dans une chopine d'eau le faire boullir un quart d'heur emboire à volonte.*

» *Autre tisane dorge et du bois de réglise emboire à volonté.*

» *Appliqué de cataplasme de farine de lin fait avec du lait entre deux linge sur le ventre.*

» *Metez une grounaulie* (lisez grenouille) *chaque poigné vivante les laissés 8 heurs.*

» *Signé* : A... »

Encore une fois je ne veux pas engager de polémique contre le docteur Grandclément. Je puis aussi me dispenser de faire des réflexions, ma citation me paraît assez écrasante pour l'imprudent docteur qui a osé toucher à la réputation d'un médecin dont, même dans les hautes régions, on ne prononce jamais le nom sans le faire suivre d'un signe de profonde vénération.

Dr Tournebize.

A PROPOS DES SPÉCIALITÉS

Nous avons hésité quelque peu à reproduire la lettre suivante de notre confrère, le docteur M... Mais comme nous sommes en famille, nous pouvons bien entendre l'humoristique exagération de la vérité, puisque : qui aime bien châtie bien ; nos lecteurs concluront, avec nous, que notre correspondant est animé du plus profond amour de la profession !

Ils tiendront compte aussi de nos réserves.

Monsieur le secrétaire de la rédaction du *Concours médical*.

Dans votre *chronique professionnelle* du n° 13 (samedi 27 septembre 1879), « les spécialités pharmaceutiques » vous dites : « 1° Nous ne croyons pas que la majorité de nos confrères ait des notions insuffisantes de thérapeutique. » Permettez-moi de vous dire que je ne partage pas votre manière de

voir à ce sujet, et que je crois que si, de nos jours, on voit tant de médecins prescrire des spécialités, cela tient à ce qu'il en est parmi eux qui ne savent pas prescrire correctement une formule magistrale.

Je ne veux point m'occuper ici de « toutes les capitulations de conscience qu'amènent les rapports trop étroits de médecin à pharmacien » et qui sont, comme vous le dites fort bien, l'apanage des grands centres. Non, je tiens à insister sur ce fait, que, la plupart du temps, en cas d'association médicamenteuse, le médecin craignant de ne pas se rendre compte de la synergie, de l'incompatibilité et de l'antagonisme (ce qui n'est pas peu de chose), ne formule point magistralement et croit se tirer d'affaire en ordonnant une *spécialité.*

Il va sans dire pour moi que dans ce cas médecins et pharmaciens y perdent en dignité, que la bourse du client en pâtit (1) sans profit pour le pharmacien-débitant et je dirai même pour le médecin, car le malade se passera de ce dernier, pour se prescrire, de son chef, une autre fois, un médicament qu'il voit annoncé tous les jours à la quatrième page des journaux, et n'en déplaise à la corporation médicale, si les pharmaciens ont désappris à préparer c'est que les médecins ont désappris à formuler. — Non, selon moi, le pharmacien n'a pas pour rôle de redresser une erreur de solubilité ou analogue, comme vous le dites; non, le médecin doit savoir que le calomel est un sel (j'ai entendu un interne des hôpitaux de Paris, demander à son collègue en pharmacie ce que c'était que le calomel (2) le médecin doit savoir que le kermès n'est pas soluble dans l'eau, ce n'est pas au pharmacien à le suspendre, de son chef, dans un véhicule gommeux. Me croiriez-vous quand je vous dirai que certain médecin s'imagine que le chiendent pousse tout nitré comme en fait foi l'ordonnance que j'ai entre les mains et qui porte :

Chiendent nitré.	8 gr.
Nitrate de potasse.	2 gr.

et le médecin qui prescrit :

Perchlorure de fer liq. à 30_0	2 gr.
Julep gommeux.	150 gr.

quelle agréable potion pour le malade ! (3)
et cette autre formule

permanganate de potasse.	1 gr.
décoction d'orge.	250 gr.

et ce médecin qui fait (4) réveiller un pharmacien la nuit pour lui prescrire

infusion de tilleul.	120 gr.
sirop simple.	30 gr.
(5) éther sulfurique.	2 gr.

le pharmacien doit donc attendre 2 heures *la nuit* pour que l'infusion refroidisse !

J'en passe et des meilleures.

(1) Ce n'est pas notre avis, dans nombre de cas.

(2) Que conclure d'un fait si excessif, si ce n'est qu'il est une absolue exception !

(3 et 4) Quel inconvénient voyez-vous à ce que le pharmacien, de son chef, corrige ces deux erreurs.

(5) Soyez bien assuré que, malgré la formule, on saura bien, sans inconvénient réel pour le malade, regagner promptement son lit encore tiède et avec l'assurance de ne point encourir les reproches de l'inattentif coupable.

Pour moi, le pharmacien ne doit rien changer à une prescription sans avoir consulté le médecin.

Pour moi, encore, le pharmacien qui pour s'épargner de la besogne livre au client une spécialité quand le médecin a formulé magistralement et n'a point indiqué sur son ordonnnce une spécialité, pour moi, dis-je, ce pharmacien commet d'abord un acte, pour ainsi dire, illégal et se rabaisse, ensuite au rôle d'épicier auquel n'a point voulu l'assimiler le médecin.

Non, encore une fois, ce n'est point au pharmacien qu'incombe le soin de la préparation correcte et si j'étais pharmacien et que l'on me formulât des pilules d'iodure ou de bromure de potassium je livrerais des pilules et non une solution, le médecin dût-il les trouver déliquescentes au bout de peu de temps.

Je n'ai pas à rechercher ici si on s'occupe à l'école d'apprendre au médecin à formuler, cela m'entraînerait à des considérations peut-être périlleuses, si on s'occupe de faire des médecins praticiens ou des micrographes ; jusqu'à preuve du contraire le médecin, pour moi, doit chercher à guérir ou à soulager et il ne peut arriver à ce but que par la clinique et la thérapeutique.

Dr. M.,
Membre fondateur.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

—

DE L'ACTION COMPARÉE DU CHLOROFORME, DE L'ÉTHER ET DU CHLORAL.

—

Un très distingué physiologiste de Lyon, M. Arloing, a étudié expérimentalement l'action du chloroforme, de l'éther et du chloral et il est arrivé à des conclusions d'une grande importance pratique.

L'anesthésie chirurgicale est obtenue tantôt à l'aide du chloroformo, tantôt à l'aide de l'éther. L'un et l'autro de ces agents a ses partisans exclusifs.

De part et d'autre, des cas de mort ont été signalés, car malgré les assertions des partisans de l'éther, il paraît évident que cet agent n'est pas plus que le chloroforme indemne de tout dangor.

« Il est à regretter seulement, dans cot état de choses, disait Giraldès, devant des assertions aussi péremptoires, formulées par des praticiens habiles, que les autres chirurgiens n'aient pas jugé opportun d'essayer comparativement le chloroforme et l'éther, afin d'établir sans réserve leur valeur relative. »

C'est précisément là le but que s'est proposé M. Arloing ot qu'il a tenté d'atteindre à l'aide d'expériences nombreuses et variées. Ses conclusions que nous analysons sont des déductions tirées de l'expérimentation.

C'est, en effet, le seul moyen d'arriver à résoudre cette question si intéressante de la valeur relative des anesthésiques. C'est à l'expérimentation physiologique et à l'observation clinique que la solution en appartient.

D'une façon générale les affections chroniques du cœur, du poumon et du cerveau contre-indiquent l'usage de l'anesthésie ; de telle sorte qu'un grand nombre de blessés peuvent être privés du bienfait

de l'anesthésie; le chirurgien, chez de tels malades, est forcé de renoncer à toute opération ou d'opérer sans anesthésie.

M. Arloing s'est demandé si tous les anesthésiques exposaient également aux accidents que l'on a signalés, et si, le cas échéant, un choix judicieux de diminuerait pas les dangers qui menacent l'opéré.

Or, de ses expériences, il résulte que l'éther fait baisser la pression dans le cœur et diminue le travail de cet organe, tandis que le chloroforme produit un effet inverse. Dès lors chez un sujet atteint d'*emphysème*, d'*adhérences pleurales*, en un mot, d'*affections chroniques du poumon* amenant une *dilatation du cœur droit et de ses orifices*, en cas d'opération chirurgicale, si on se décide à l'anesthésie, celle-ci exposera moins le malade si elle est pratiquée *à l'aide de l'éther*, qui dilate le réseau pulmonaire et diminue le travail mécanique du ventricule droit.

Le chloroforme, au contraire, resserre les capillaires du poumon et atténue les effets de l'accumulation du sang dans le cœur droit, aussi le choisira-t-on dans le cas d'*insuffisance mitrale*, avec menace de congestion pulmonaire par déplétion incomplète de l'oreillette. On devrait, de même, préférer le chloroforme dans les insuffisances aortiques puisque ces affections produisent, au début, une diminution de la pression artérielle et, plus tard, de la gêne dans la circulation pulmonaire.

« *En un mot dans les affections du cœur droit on devra donner la préférence à l'éther ; dans celle du cœur gauche, il y aura lieu de choisir le chloroforme.* ».

L'éther et le chloral dilatent les petits vaisseaux et augmentent le débit du sang à la périphérie, le chloroforme, au contraire, produit un resserrement et une diminution de la vitesse du courant sanguin. De ces faits, on déduira cette conséquence que *le chloroforme sera employé de préférence au chloral et à l'éther lorsque le chirurgien opérera sur des régions ou l'hémorrhagie en nappe est à craindre.*

Quand on étudie le mécanisme de la mort par l'éther et le chloroforme, on constate :

1o *Qu'au début*, la mort survient par arrêt réflexe du cœur et de la respiration consécutif à l'irritation des nerfs sensibles des premières voies par les vapeurs anesthésiques ;

2o *Que plus tard*, quand le chloroforme se répand dans l'appareil circulatoire, la mort arrive par *arrêt du cœur ;*

3o Et que, *si l'anesthésie dure longtemps, ou si l'anesthésique a été administré à dose massive*, il y a empoisonnement, et la mort commence par *l'arrêt de la respiration ;* le cœur s'arrête quelques minutes ou quelques secondes plus tard.

C'est par ces différents mécanismes, dit M. Arloing que peuvent s'expliquer tous les cas de mort observés dans le cours de l'anesthésie.

Il en résulte que le précepte de surveiller le cœur quand on emploie le chloroforme, la respiration quand on se sert de l'éther, n'est pas rigoureusement vrai à toutes les périodes de l'anesthésie.

Pendant la première période, il faut surveiller à la fois le cœur et la respiration. On évitera les accidents, propres à cette période, en administrant le médicament à doses minimes et sans essayer de surprendre le malade.

Lorsque l'anesthésique aura pénétré dans la circulation, on surveillera le cœur avec soin, surtout si c'est le chloroforme dont on fait usage.

Enfin dans la troisième période puisque c'est la respiration qui s'arrête avant le cœur, c'est de ce côté que l'attention se portera.

L'intoxication par l'éther est plus prompte, survient d'une manière plus inopinée qu'avec le chloroforme. C'est donc ce dernier qu'il faudra employer dans les opérations de longue durée.

C'est le chloroforme qu'il convient d'employer de préférence à l'éther et au chloral dans la trépanation du crâne, car cet agent resserre les vaisseaux de l'encéphale et ralentit la vitesse du cours du sang dans les organes intra-crâniens, tandis que l'éther et le chloral dilatent les capillaires et augmentent la vitesse de la circulation encéphalique. Le chloroforme exposera donc moins que l'éther aux hémorrhagies des méninges et de la substance corticale du cerveau.

Les substances anesthésiques abaissent la température animale d'abord par suite de la diminution d'absorption de l'oxygène et des combustions organiques ; ensuite par une augmentation de rayonnement par la surface cutanée et pulmonaire.

A temps égal, l'éther n'abaisse pas plus la température que le chloroforme. Il en résulte l'indication de ne pas opérer les blessés dont la température est basse, et si l'opération est jugée nécessaire, à avoir recours plutôt au chloroforme dont les effets sont plus prompts.

Chez les enfants, il résulte de l'expérimentation et de l'observation clinique :

1° Que les jeunes sujets sont plus sensibles à l'action de l'éther qu'à l'action du chloroforme ;

2° Que cette plus grande susceptibilité se traduit fréquemment par des arrêts très-inquiétants de la respiration ;

3° Que cette susceptibilité est due tout entière à l'âge des sujets ;

4° Qu'*il convient de préférer le chloroforme à l'éther dans la chirurgie des enfants.*

Enfin à l'aide d'expériences qui nous semblent concluantes, M. Arloing en étudiant comparativement les effets qu'exercent le chloral, le chloroforme et les formiates alcalins sur la circulation, la respiration et la calorification, est arrivé à établir que le chloral se décompose dans le sang en chloroforme, et en formiates alcalins ; que les effets anesthésiques du chloral sont dus au chloroforme et que les formiates alcalins favorisent mécaniquement la production de ces effets anesthésiques en augmentant la vitesse de la circulation et en facilitant par là-même l'imprégnation des éléments nerveux par l'agent anesthésique.

Le chloral produit sûrement l'anesthésie sans exposer à la syncope et aux arrêts de la respiration qui surgissent inopinément dans l'emploi de l'éther et du chloroforme. Il est regrettable seulement, dit M. Arloing, que les injections veineuses exposent les malades à d'autres complications et éloignent les chirurgiens de l'emploi de cet anesthésique.

TRAITEMENT DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE.

Deux ordres de moyens sont à la disposition du médecin dans le traitement de la maladie qui nous occupe : les uns s'adressant à la bronchite concomitante, les autres applicables à l'emphysème lui-même.

En ce qui concerne le traitement de la bronchite, les moyens dont nous pouvons disposer sont ceux qu'on oppose à la bronchite ordinaire, c'est-à-dire les tisanes pectorales et les préparations antimoniales. Mais avant de recourir à ces moyens, très-souvent lorsque la suffocation est considérable, quand il existe dans toute l'étendue de la poitrine des râles ronflants, mélangés à la base à ces râles sous-cré-

pitants sur lesquels j'ai insisté précédemment, il est bon de faire précéder tout traitement par l'administration d'un vomitif et particulièrement de l'ipécacuanha. De même, lorsque vous serez en présence d'accès d'asthme venant compliquer l'emphysème, vous verrez les accidents diminuer d'intensité et disparaître quelquefois après l'administration d'un vomitif. En pareil cas, je donne la préférence à l'ipécacuanha sur l'émétique, comme étant aussi efficace et moins débilitant.

Lorsque vous aurez calmé les phénomènes inflammatoires, alors que la toux est moins sèche et que la sécrétion commence à s'établir, les narcotiques, tels que l'extrait d'opium, le sirop diacode, les sirops de morphine, de codéine, sont indiqués. Mais, je le dis à nouveau, ne donnez les préparations narcotiques qu'après avoir combattu les phénomènes inflammatoires proprement dits ; pour cela, lorsque l'indication existe, n'hésitez pas à appliquer puelques révulsifs cutanés, soit des sinapismes, soit des ventouses sèches, soit même des vésicatoires volants.

Quant aux saignées, elles sont rarement indiquées chez les emphysémateux ; les émissions sanguines générales entraînent toujours, en effet, un certain degré d'affaiblissement, et il y aurait inconvénient à y recourir chez des sujets déjà débilités. Elles peuvent être indiquées néanmoins, mais tout à fait exceptionnellement, dans les cas où il existe une congestion aiguë et considérable du poumon.

Si vous avez affaire à une bronchite chronique, sans fièvre, les balsamiques, les préparations de goudron, d'eucalyptus, vous donneront de bons résultats. Ce sont là, en effet, des médicaments qui exercent une action notable sur la sécrétion bronchique.

Enfin, chez les emphysémateux atteints de bronchite chronique caractérisée spécialement par de la toux et de l'expectoration, un des moyens qui réussissent le mieux, c'est l'application permanente au bras d'un cautère ou d'un vésicatoire. Les exutoires à demeure, aujourd'hui sont fort négligés ; on pense généralement qu'ils ne servent à rien ; c'est un tort, sachez que le meilleur moyen d'améliorer l'état des malades, sinon de les guérir, c'est de leur appliquer au bras et de leur entretenir un vésicatoire. Pour ma part, je m'en suis toujours très-bien trouvé ; chez certains malades qui étaient sujets à avoir des bronchites répétées, j'ai pu ainsi, à l'aide d'un exutoire entretenu à demeure pendant deux ou trois ans, arriver à prévenir l'emphysème pulmonaire ou à le maintenir dans des proportions minimes.

J'arrive maintenant au traitement de l'emphysème lui-même, au traitement de la dyspnée, qu'on ne doit employer qu'après l'amendement des phénomènes inflammatoires. Parmi les moyens les plus précieux, je place en première ligne les préparations arsenicales qui, suivant l'expression des maquignons, donnent du vent. Vous n'ignorez pas, en effet, qu'on a l'habitude de donner aux chevaux poussifs de l'arsenic pour les rendre plus aptes à fournir de longues courses. Eh bien, le but que l'on cherche à obtenir dans la médecine vétérinaire, nous nous le proposons dans la médecine humaine, et depuis quelques années l'arsenic est entré dans la thérapeutique de l'emphysème. Il est assez difficile de bien s'expliquer dans cette maladie, son mode d'action ; mais, ce qu'il y a de certain, c'est qu' diminue la dyspnée.

Un autre moyen qui est employé depuis quelque temps dans la maladie qui nous occupe, surtout quand elle est compliquée d'asthme, c'est l'aérothérapie, c'est-à-dire l'emploi des bains d'air comprimé. Comment agit l'aérothérapie ? Peut-être en dilatant les vésicules pulmonaires. Peu importe d'ailleurs le mécanisme ; le fait est là. Et chez les emphysémateux, surtout, je le répète, quand ils sont en même temps asthmatiques, les bains d'air comprimé donnent des résultats excellents. Pour ma part, j'ai eu à traiter plusieurs malades chez lesquels l'emphysème était survenu à la suite de bronchites répétées, et j'ai toujours obtenu par ce moyen une amélioration notable. Je vous citerai, entre autres, l'exemple d'une malade qui m'est très-particulièrement connue, qui, tous les hivers, avait des bronchites répétées, capillaires, généralisées, assez graves pour compromettre son existence, et qui présentait les symptômes et les signes d'un emphysème des plus prononcés. Au mois d'août 1877, j'ai recommandé à cette dame l'usage des bains d'air comprimé ; elle en a pris vingt-cinq seulement, et, depuis, elle se porte parfaitement. Elle a passé tout l'hiver de 1877-1878 et celui si froid de 1879, sans avoir une seule bronchite sérieuse ni un seul accès d'asthme. Actuellement, enfin, elle est en excellent état, et elle peut monter trois étages sans s'arrêter, ce qui ne lui était pas arrivé depuis dix ans. C'est donc là un moyen excellent que je ne saurais trop vous recommander, toutes les fois que vous l'aurez à votre disposition.

A ces différents moyens, vous joindrez une hygiène alimentaire extrêmement sévère. Non-seulement vous prescrirez une nourriture douce, mais vous aurez soin de proscrire le vin pur, le café, les liqueurs alcooliques surtout, alors même qu'il n'existerait pas une congestion de la muqueuse bronchique.

Mais c'est surtout l'hygiène respiratoire qui sera l'objet de votre sollicitude. Vous défendrez à vos malades de courir, de se livrer à une marche rapide ; vous leur interdirez de sortir pendant les mauvais temps ; vous leur recommanderez d'éviter toute cause de refroidissement. Enfin, vous les ferez émigrer l'hiver, si c'est possible : vous les enverrez dans le Midi, dans des pays où la température ne s'abaisse pas beaucoup, où on peut jouir du soleil. Vous éviterez ainsi les bronchites et l'augmentation de l'emphysème, qui en est la conséquence ; vous préviendrez de même les complications graves qui surviennent si fréquemment, et notamment les complications cardiaques.

Je dois vous prévenir encore que vous serez quelquefois appelés auprès d'un malade atteint d'emphysème et en proie à un accès de dyspnée ; vous devrez alors combattre cet accident soit par l'ipécacuanha, soit surtout au moyen des injections hypodermiques. Avec une injection de quelques gouttes de solution de chlorhydrate de morphine, avec 1 à 2 centigrammes de cette substance, vous pourrez quelquefois faire cesser très rapidement (dans l'espace d'un quart d'heure) un accès de dyspnée. Vous ferez respirer encore aux malades

de l'éther, et surtout de l'iodure d'éthyle, vanté par mon collègue et ami le professeur Sée. Non-seulement ce dernier médicament est très efficace contre les accès d'asthme, mais encore contre la dyspnée en dehors de l'asthme. En faisant respirer aux malades 10 à 12 gouttes d'iodure d'éthyle sur un mouchoir, on leur procure quelquefois un soulagement instantané. C'est dans ces circonstances encore, surtout lorsqu'il s'agit d'asthmatiques, qu'on peut se trouver bien de faire respirer au malade la fumée de papier nitré, de feuilles de stramonium ou d'autres préparations semblables.

Enfin, chez les malades qui sont atteints de bronchite chronique et d'emphysème, vous avez dans les eaux minérales un moyen de guérison ou de soulagement que vous ne devez pas négliger ; et, parmi ces eaux, vous choisirez celles surtout qui s'adressent à la bronchite. Si, en effet, vous guérissez la bronchite concomitante, vous diminuez les chances d'augmentation de l'emphysème. Sous ce rapport, je vous citerai les eaux sulfureuses, qui conviennent particulièrement aux cas dans lesquels l'emphysème est lié à des bronchites répétées.

Leçon clinique de M. le professeur Hardy,
(*Union médicale.*)

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Noël, de Bresle (Oise). — Reçu docteur en 1852, notre regretté confrère s'était d'abord établi à Haudivillers, venu plus tard à Bresle, il avait conquis dans l'un et l'autre pays, l'universelle sympathie de la population. Il est mort comme un soldat, au champ d'honneur : atteint d'une affection cancéreuse dont il suivait les progrès avec calme ; depuis trois mois il ne se nourrissait plus que d'aliments liquides, et cependant, presque jusqu'au dernier jour, il allait soutenir de sa présence ceux qui souffraient, porter la santé ou la guérison à ses clients, lui qui sentait déjà les fatales étreintes du mal affreux qui devait l'enlever à l'affection des siens, à ses amis qui garderont de lui le souvenir d'un homme de bien, d'un bon et excellent confrère.

CHRONIQUE

Faculté de Médecine de Paris. — Afin de permettre l'achèvement des constructions nouvelles de l'Ecole pratique, les pavillons de dissection sont en voie d'installation dans les bâtiments du collège Rollin.

Bien que ce projet ait été mis immédiatement et rapidement à exécution, et que les travaux d'installation provisoire soient aujourd'hui très-avancés, les exercices pratiques de dissection qui commençaient habituellement en octobre, se trouvent retardés de quelques jours.

Outre les amphithéâtres de dissection, il va être également installé à Rollin une salle de conférences pour les démonstrations pratiques de physiologie expérimentale, devenues désormais obligatoires. En vue de ces démonstrations, le service des travaux physiologiques est à la veille d'être réorganisé, ou plutôt organisé, car il est permis de dire qu'il ne l'avait jamais été, convenablement.

D'après le projet qui paraît devoir être adopté, cette organisation comprendrait un chef des travaux physiologiques et deux préparateurs, sous la haute direction du professeur de physiologie.

De plus, un cours auxiliaire de physiologie sera fait à la Faculté durant le semestre d'hiver (et ce cours va être décidément inauguré dès la rentrée prochaine) par un des agrégés de la section d'anatomie et physiologie.

Enfin au programme des cours de l'année scolaire nous trouvons cinq cours auxiliaires d'histoire naturelle, de chimie, de pathologie externe et de pathologie interne.

Ajoutons à cet ensemble, les conférences pratiques de la Morgue qui reprendront cet hiver sous la direction de M. le professeur Brouardel.

—o—

Exposition anthropologique de Moscou. — D'un intéressant article de M. Mortillet nous extrayons le curieux passage relatif à la section de l'éducation de première enfance en Russie :

On y trouve reproduit au moyen de poupées et de mannequins tout ce qui concerne les soins, et plus souvent encore le manque de soins, que l'on a pour les enfants chez les diverses populations de Russie. Cette partie de l'exposition est des plus curieuses. On voit l'enfant de la steppe, la tête couverte du bonnet qui doit lui déformer les oreilles ; — la femme Ostiaque portant le berceau de son enfant sur le dos comme si c'était une simple hotte ; — les divers urinoirs employés au Caucase pour que les enfants des deux sexes ne mouillent pas leur couche ; — l'enfant placé à nu sur du sel également au Caucasse ; — la crèche primitive faite avec une simple écorce d'arbre ; — la Calmouk laissant son enfant tout nu sur le sol attaché à une corde ; le Sibérien plaçant le sien dans une rondelle évidée d'un gros tronc d'arbre en ayant soin de lui donner un petit banc ; — la Finnoise portant son enfant devant elle dans une espèce de gouttière formée de l'évidement d'une moitié de branche d'arbre ; — la faneuse de la Russie Blanche travaillant avec son enfant dans un berceau sur le dos ; — le corset des jeunes filles de je ne sais plus quel pays, dont les lacets ne sont coupés que par le mari le jour des noces, etc., etc. Cette partie de l'exposition, très importante au point de vue ethnographique, l'est encore plus ou point de vue hygiénique.

—o—

Une vraie nourrice. — Le D Perron, dans une brochure intitulée : *Recherches sur la mortalité des nourrissons dans le département du Doubs* (Besançon 1866) rapporte cette épitaphe qu'il a copiée sur une tombe dans un cimetière : « *Ci-gît* une.... *qui fut nourrice de quatre-vingtseize enfants !!!*

ERRATUM

Nos lecteurs excuseront l'erreur typographique par suite de laquelle la date n'a pas été changée sur la couverture du dernier numéro du journal.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1 Année. — N° 21 22 novembre 1879

BULLETIN DE LA SEMAINE.

Entre M. Collin et M. Pasteur, la discussion a continué et c'est sans la prétention d'apprendre une nouvelle à nos lecteurs que nous le disons.

M. le Dr Péan a présenté trois malades sur lesquelles il a pratiqué la gastrotomie et qui se portent fort bien aujourd'hui, ainsi que les membres de l'Académie ont pu s'en convaincre. L'une de ces femmes avait un très-volumineux kyste de l'ovaire, les deux autres des tumeurs malignes de l'utérus.

M Vidal, médecin de l'hôpital St-Louis, est venu faire connaître un nouveau traitement du *lupus* par les scarifications linéaires. C'est sur 120 observations qu'est basée l'expérience personnelle de M. Vidal, et, selon lui, ce mode de traitement est le moins douloureux, le plus sûr et celui qui met le mieux à l'abri des récidives. Nous aurons occasion de revenir sur le mémoire de M. Vidal qui présente pour les praticiens un intérêt de premier ordre,

— *A la Société médicale des Hôpitaux*, M. le Dr Debove, agréé de la Faculté, a donné lecture d'un mémoire intitulé : *Recherches sur les hémianesthésies accompagnées d'hémiplégie motrice, d'hémichorée, de contracture, et sur leur curabilité, par les agents esthésiogènes*.

Nous traitons plus loin de ces questions et le mémoire de M. Debove sera mis à contribution, mais nous ne voulions pas négliger de le signaler ici à cause de son importance et de sa haute valeur. Les faits qui y sont étudiés sont encore une surprise de cette nouvelle méthode qui en est si féconde ; l'interprétation qu'en donne M. Debove, pour hypothétique qu'elle soit, n'en présente pas moins les caractères de la plus grande vraisemblance, dans l'état actuel de nos connaissances physiologiques.

REVUES GÉNÉRALES

I

DE LA MÉTALLOSCOPIE ET DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE

—

(Suite).

Nous avons signalé, comme une particularité curieuse le phénomène de *transfert*, il nous reste à signaler les *oscillations consécutives*. C'est à M. Charcot, que l'on doit la connaissance de ce phénomène. Voici en quoi il consiste ! Si on applique des plaques métalliques sur le membre anesthésié d'une hystérique on observe, avons-nous dit, le retour à la sensibilité, puis l'application ayant cessé, l'anesthésie reparait peu à peu ; or, si on prête un peu d'attention à ce retour à l'anesthésie, on voit qu'il n'est pas définitif. A intervalles égaux et un certain nombre de feis, l'anesthésie disparaît de nouveau avec le même cortège de circonstances, avant que le retour à l'état de choses antérieur s'établisse définitivement. Ces oscillations ont une durée relativement égale, et leur durée absolue varie suivant les malades.

Nous avons vu aussi que chaque malade avait une idiosyncrasie particulière pour chaque métal; il arrive parfois, chez certains malades que le métal positif cesse de l'être au bout d'un certain temps, comme s'il y avait une sorte d'accoutumance. M. Vigouroux cite le cas d'un malade qui, brusquement cessa d'être impressionnable à l'or. Quelquefois aussi l'impressionnabilité cesse au moment d'une crise, soit avant, soit après. De façon que cette particularité peut faire à l'avance, annoncer par le médecin, l'apparition d'une attaque.

En résumé, chez une hystérique atteinte d'hemianesthésie, l'application des armatures métalliques, fait disparaître *momentanément* l'insensibilité. M. Douglas Aigre cite une seule observation de guérison. Nous avons eu affaire, dit-il, plutôt à un déplacement du phénomène morbide qu'à sa disparition complète. Il semblerait chez les hémianesthésiques hystériques qu'il n'y ait qu'une certaine dose de sensibilité moitié moindre qu'à l'état normal ; *qu'on arrive à déplacer cette sensibilité mais non pas, à l'augmenter*.

Quelle est l'action des plaques métalliques chez les hystériques non anesthésiques ? M. Dumontpallier a fait à cet égard de bien curieuses expériences. Sur une femme présentant le syndrome presque complet de l'hystérie, *excepté l'anesthésie*, il constata que l'application métallique pouvait la créer, et plusieurs fois il a eu l'occasion d'observer ce curieux phénomène.

Nous avons vu que la métalloscopie avait été appliquée à des malades atteintes d'anesthésie non pas seulement de cause hystérique, mais encore à des anesthésies post-hémiplégiques. Contrairement à ce qu'on observe dans l'hystérie, où l'action des plaques métalliques est presque toujours transitoire, dans ces derniers cas la guérison peut-être durable et on n'observe pas de phénomène de transfert.

Comment peut-on expliquer l'action de métaux ? C'est par l'électricité qui se développe entre le métal et la peau, que l'action thérapeutique peut s'expliquer. Pour le prouver M. Bourneville à l'aide d'une pile au sulfate de cuivre obtint les mêmes effets locaux qu'avec les plaques métalliques. De plus, M. Regnard a montré que si on réunit deux pièces du même métal placées sur la peau par les fils d'un galvanomètre très sensible, la déviation de l'aiguille accuse l'existence d'un courant dont l'intensité varie suivant le métal appliqué, et aussi suivant les sujets pour un même métal.

Partant de ces données, M. Regnard a fait la synthèse du phénomène. Il applique sur le bras d'un malade deux lames de platine qui terminent les réo-

phores d'une pile faible. Dans le circuit sont intercalés un rhéostat à liquide et le galvanomètre. En graduant convenablement la résistance du rhéostat, on atténue le courant au point, qu'il donne la même déviation de l'aiguille que le métal auquel le malade est sensible. *On voit alors sous l'influence de ce courant se manifester les mêmes effets que par l'application du métal*. M. Regnard a constaté qu'en répétant l'expérience à plusieurs reprises avec des courants de plus en plus forts (mais toujours inférieurs à celui de Daniell), on rencontre alternativement des degrés où sont produits les effets de métal, et d'autres où ils ne le sont pas (*Année médicale*).

M. Vigouroux a fait aussi quelques expériences en vue d'élucider la véritable nature de ce phénomène électrique ; pour certains métaux (le cuivre et le zinc), il suffit de recouvrir d'une couche isolante la face du métal qui n'est pas en contact avec la peau pour en empêcher l'effet. On empêche encore l'effet du métal actif en lui superposant un autre métal (Vigouroux) à la condition que le malade ne soit pas sensible à ce second métal. Si on applique successivement des disques de métal actif et de métal inactif, l'action produite dépend du dernier disque qui termine cette sorte de pile de Volta. Cette neutralisation du métal actif se produit encore lorsqu'au lieu de superposer les disques on les pose à quelque distance l'une de l'autre.

M. Vigouroux a encore constaté qu'une lame de platine après qu'elle a été traversée pendant quelques minutes par un courant très faible produit les mêmes effets que les métaux ; un pôle de un ou de plusieurs éléments, *l'autre pôle restant isolé*, a la même propriété.

En résumé, *les courants proprement dits produisent tous les effets des métaux dès que leur force dépasse un Daniell*.

De plus, les *effets physiologiques obtenus par ces courants sont indépendants du nombre des éléments employés, pour ce qui regarde les phénomènes que nous étudions ici*.

On a encore obtenu les mêmes effets qu'avec les métaux en faisant passer un courant galvanique dans une spirale métallique qui entourait le membre anesthésié. C'est là l'appareil connu en physique sous le nom de *solénoïde* et on sait qu'il peut être assimilé à un *aimant*. Les phénomènes observés par M. Charcot, à la Salpêtrière ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'on observait avec les plaques métalliques ou avec le courant galvanique. Il ne faudrait pas croire cependant que dans tous les cas, on puisse remplacer l'un par l'autre. On voit, dans certaines observations, un de ces agents agir alors que l'autre restait impuissant. Dans la généralité des cas, avec les électro-aimants et les aimants on obtient les effets sur presque tous les sujets, même sur ceux qui ne sont pas sensibles à aucun des métaux usuels.

Enfin au lieu des électro-aimants (Solénoïdes), on a employé encore les barreaux aimantés qui ont produit les mêmes résultats.

Le phénomène de *transfert* est la règle chez les hystériques ; qu'on emploie les métaux, les courants ou les aimants, tandis qu'il est l'exception dans les hémi-anesthésies d'origine cérébrale.

D'après les recherches de MM. Debove, Proust et Ballet, etc. on peut conclure que les aimants ont une action incomparablement plus efficace, que les métaux ou les courants, cependant quelques différences ont été signalées. MM. Proust et Ballet ont vu par exemple que la sensibilité reparaissait dans le côté anesthésié, du centre à la périphérie. Quelle que soit en effet la partie avec laquelle les aimants sont mis en rapport, c'est toujours par le thorax que la sensibilité revient en premier lieu. D'après ce fait, il semble y avoir une différence marquée entre la manière dont agissent les métaux et celle suivant laquelle procèdent les aimants. On a vu en effet que la sensibilité reparaissait tout d'abord au niveau de la plaque métallique, pour de là envahir une zone de plus en plus étendue, les métaux semblent donc agir sur les parties périphériques du système nerveux ; les aimants, au contraire, paraissent porter leur action primitivement sur les organes centraux.

Une autre observation intéressante a été faite au point de vue du transfert. c'est qu'il était facile d'empêcher ce phénomène de se produire en appliquant les aimants en regard, du côté sensible, en même temps qu'on les met en rapport avec le côté anesthésié. Dans ce cas, l'anesthésie disparaît sans se transporter du côté opposé. MM. Proust et Ballet ont d'ailleurs institué une série d'expériences qui ont fait ressortir d'autres faits curieux. Mettant en rapport deux malades hémi-anesthésiques, plaçant la main de l'un dans la main de l'autre, et appliquant les aimants au premier, ils ont constaté que par l'intermédiaire du corps du premier malade, agissant comme conducteur, l'action des aimants était transmise jusqu'au second qui voyait, comme le premier, son anesthésie disparaître. Il ne s'agissait pas là bien certainement d'une action à distance, car si le contact des mains était supprimé entre les deux malades, le phénomène cessait de se produire.

Nous savons que M. Dumontpallier chez des hystériques *non anesthésiques* avait pu faire naître l'anesthésie par l'application des plaques métalliques. M. Douglas Aigre a fait connaître un cas semblable mais dans lequel on s'est servi de l'aimant. L'observation est due à M. Landouzy (*Progrès Médical* janvier 1879), et nous l'analysons d'après M. Aigre.

La nommée Marie L..... est entrée dans le service de M. le professeur Hardy à la fin d'août 1878, pour des accidents d'hystérie major (contractures paralysées-hémi-anesthésie-chorée saltatoire) qui se sont succédé jusqu'à la fin d'octobre, ne présentait plus, au moment où fut faite la première application d'aimant, d'autres manifestations hystériques qu'une humeur un peu fantasque, que des sensations pénibles (clous, boule) et des accès de météorisme considérable provoquant des douleurs abdominales très vives. Ajoutons qu'à la date du 2 janvier la malade ne présentait aucune trace d'anesthésie...

Voulant la soumettre à l'épreuve de l'aimant, sans qu'elle sût ce qui allait lui être fait, nous commençâmes par bander les yeux de la malade qui reposait, au lit, dans le décubitus horizontal ; comme à ce moment L... se plaignait de douleurs dans le ventre distendu par un météorisme considérable, nous mîmes les pôles de l'aimant immédiatement en contact avec les parois abdominales au niveau de la région ombilicale. L... (qui ignorait ce qu'on faisait et ce qu'on cherchait) n'accusa d'autre sensation que celle du froid exactement perçue dans les points de contact...

Deux minutes environ après le début de l'expérience, nous surprîmes (c'est là un détail dont nous verrons tout à l'heure toute l'importance) dans le poignet droit et dans la commissure labiale droite de petits mouvements convulsifs : au même instant la parole de la malade (qui, d'abord, ne ressentait rien de particulier, et continuait à répondre à nos questions) se ralentit et s'alourdit comme le fait la conversation

d'une personne qui *tombe de sommeil*, puis la malade se tut ; c'est alors que nous eûmes beau élever la voix, solliciter son attention en lui prenant la main, en lui secouant le bras, en la pinçant, en la piquant même fortement, rien n'y fit ; la malade semblait plongée dans un profond sommeil avec anesthésie générale et résolution musculaire. Voyant durer cet état qui ressemblait (n'était l'anesthésie absolue) à un sommeil naturel, nous retirâmes l'aimant : au bout de six secondes nous surprîmes dans le poignet droit et dans la commissure labiale droite de petits mouvements cloniques absolument semblables comme siége, comme étendue et comme intensité, à ceux que nous avions constatés avant que la malade ne fût endormie, puis la malade, dont on avait débandé les yeux, ouvrit les paupiéres et sembla sortir d'un sommeil profond, ne se rappelant qu'une chose, c'est qu'on lui avait mis sur le ventre quelque chose de froid qu'elle ne sentait plus : à ce moment, non-seulement la malade sentit très-exactement qu'elle n'avait plus rien sur le ventre, mais encore elle porta les yeux et la main sur la face interne des avant-bras sur lesquels on avait par transfixion fait des piqûres qui devenaient le siége d'un peu d'urticaire ; de fait la sensibilité était revenue sur toute la surface du corps..

Nous résumons la suite de l'observation :

Toutes les tentatives de contrôle : bandage simple des yeux ; application d'un morceau de fer doux ayant la forme d'un aimant échouèrent *toujours*, et *toujours* l'application de l'aimant soit sur le ventre, soit à l'avant-bras, amenait les mêmes phénoménes que ceux que nous venons de relater.

Rapprochons encore de ces faits si intèressants quelques autres rapportés par M. Vigouroux. Ce savant médecin a étudié la *vibration des corps sonores* chez les malades sensibles aux métaux. Il a employé des diapasons montés sur des caisses de résonnance et donnant les ut_1 ut_2 et ut_3. La hauteur du son dans ces limites n'a pas d'influence. *L'action locale*, une main, par exemple, appuyée sur la caisse *est la même* que celle des métaux, des courants galvaniques et des solénoïdes. L'action générale (catalepsie) est plus rapide quand le sujet est placé tout entier sur la caisse, M. Vigouroux a ainsi calmé les douleurs fulgurantes de l'ataxie par l'emploi local. *M. Charcot s'est assuré, dit M. Vigouroux, que dans ces cas ce qui agit n'est pas l'impression acoustique, mais la transmission directe des vibrations.*

Jusqu'alors il n'a été question que de la guérison très-temporaire chez les hystériques presque toujours définitive chez d'autres malades atteints d'anesthésie.

Tout récemment un très-distingué clinicien en même temps qu'un savant physiologiste, M. Debove, a appelé l'attention de la Société médicale des hôpitaux sur *la guérison par l'aimant des paralysies motrices.*

Chez un premier malade atteint d'hémianesthésie avec *hémiplégie motrice* d'origine saturnine, M. Debove dit que l'application d'un *puissant aimant* sur le côté paralysé amena la guérison à la fois de l'hémianesthésie et de la paralysie motrice.

Chez un second malade, épileptique d'ancienne date avec *aura* dans le bras droit, qui fut, après une attaque de haut-mal, transporté à l'Hôtel-Dieu, on constata l'existence d'une hemi-parésie de la sensibilité et de la motilité, à gauche, sans déviation de la face ; l'hémianesthésie portait également sur les sensibilités spéciales. On appliqua un puissant aimant sur le bras gauche du malade ; quelques minutes après la sensibilité cutanée revenait ; une heure après la perception des couleurs et l'acuité visuelle étaient redevenues normales à gauche. Enfin la force musculaire avait suffisamment augmenté pour que le malade pût quitter l'hôpital et marcher sans appui.

Dans le troisième cas il s'agissait d'une femme âgée de 67 ans, atteinte antérieurement d'une attaque d'apoplexie. Elle était aphasique, mais ne présentait pas de troubles de la sensibilité et de la motilité. Au mois d'avril dernier, environ une année après son attaque, elle entrait une première fois à l'Hôtel-Dieu avec les signes d'un ulcère de l'estomac. Le 15 avril, à la suite d'un éblouissement, la malade a les membres contracturés ; il se développa, en outre, chez elle une hémianesthésie droite complète. L'application d'un aimant fit disparaître l'hémianesthésie, le tremblement et la contracture, et la malade demanda à quitter l'hôpital. La réapparition des accidents gastriques l'obligèrent à y retourner peu de jours après ; une nouvelle attaque d'apoplexie survint, à la suite de laquelle on constata de nouveau de l'hémianesthésie tactile et sensoriale à droite, avec hémichorée, hémi-contracture, hémi-parésie de ce même côté. Il s'agissait là évidemment d'un exemple d'hémianesthésie et d'hémichorée post-paralytique, sous la dépendance d'une lésion (thrombose) du tiers postérieur de la capsule interne. En présence de Charcot et de ses élèves, on appliqua un aimant sur le côté malade. Au bout de quelques minutes, la sensibilité reparaissait à gauche et la perception des couleurs redevenait normale. Au bout d'une heure l'hémianesthésie, l'hémichorée et la contracture avaient disparu ; le dynamomètre donnait à ce moment 30 de chaque côté.

Un quatrième cas est relatif à une hémianesthésie avec hémiplégie motrice d'origine probablement syphilitique, et est tout à fait propre à faire voir combien il importe de ne pas se laisser décourager par l'insuccés d'une première tentative thérapeutique. En effet, chez ce malade, des applications réitérées d'un puissant aimant sur le côté malade n'avaient donné que des résultats nuls ou bien incomplets, lorsque, à la suite d'applications plus prolongées, on obtint finalement le retour persistant de la sensibilité et de la motilité.

La cinquième et dernière observation se rapporte à un malade de 60 ans, de son état broyeur de couleurs, sujet à des attaques épileptiformes provoquées par l'absinthisme. Plus tard, le malade eut à plusieurs reprises des coliques saturnines, et, finalement, il se développa chez lui de l'hémiparésie droite avec hémianesthésie tactile et sensoriale. Une première application de l'aimant, assez courte d'ailleurs, fut tentée dans le service de M. Proust, à Lariboisière ; elle ne fut suivie que d'une guérison temporaire et incomplète. Ce malade entra ensuite dans le service de M. Debove, qui fit appliquer l'aimant sur le côté malade pendant vingt-quatre heures consécutives. Cette première application fut suivie du retour à l'état normal de la sensibilité et du mouvement dans le côté paralysé, et cela pendant plus de trente heures ; il y a tout lieu d'espérer que des applications ultérieures suffisamment prolongées, amèneront une guérison définitive.

Voici comment procède M. Debove. Il prend un fort aimant, le place sur une table et met le bras du malade (du côté anesthésié) à quelques millimètres des pôles. Dans toutes ses expériences, il a interposé entre la peau et l'aimant soit une feuille de papier, soit une compresse pour bien marquer qu'il n'y avai pas là une action du métal lui-même. Dans la pra-

tique, d'ailleurs, cette précaution devient inutile. La durée de l'application est très-variable, quelques minutes à une heure et plus. Parfois la sensibilité est revenue à la suite d'une seule application. Enfin il peut survenir des rechutes qui nécessitent une nouvelle application de l'aimant.

L'aimant provoque quelquefois de la céphalalgie vive, d'autre fois une douleur dont le siége peut varier. Chez une de ses malades, M. Debove signale des douleurs violentes qui occupèrent successivement la cuisse, le pied et lui arrachaient des gémissements.

L'explication que donne M. Debove de ces guérisons reposent sur les données de la physiologie et est fort vraisemblable, croyons-nous.

Une lésion cérébrale siégeant sur le trajet *habituel* des *impressions* en interrompt complétement le cours et rend, par conséquent impossible l'incitation motrice. Mais les impressions ne peuvent-elles pas prendre de voies collatérales pour aller exciter les centres moteurs ? Cela est fort probable et, ce que l'aimant fait en ce cas, d'autres agents pourraient le faire. Il faut tenir compte seulement de la force des aimants employés qui est relativement considérable et dont l'intensité d'action se traduit sur tout le système nerveux par des douleurs que Debove a signalées et qu'avaient déjà notées MM. Proust et Ballet dans leurs expériences sur l'action des aimants dans l'hystérie.

Selon M. Debove, les cas où les aimants ont agi sont des cas de paralysie sans lésions des faisceaux moteurs. Il y avait paralysie motrice due à l'anesthésie, c'est-à-dire au défaut d'incitation des centres moteurs, par les fibres sensitives.

Dans les paralysies purement motrices, d'ailleurs, les aimants sont selon M. Debove, restés sans action. Ces vues ingénieuses ont amené M. Debove à donner une explication de ce curieux phénomène de transfert en apparence si inexplicable, mais pour en rendre compte à nos lecteurs nous nous réservons de publier cette partie du travail de M. Debove dés qu'il sera entièrement paru. *(A suivre.)*

II

QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA SYPHILIS

III

Chancres céphaliques.

Nous désignons sous ce nom les chancres qui se montrent sur les différentes régions de la tête et nous commencerons leur étude par les chancres de la bouche.

1° *Chancres des lèvres.*

Les chancres qui se développent sur les lèvres sont toujours parfaitement arrondis, ils sont limités à la muqueuse et n'empiètent presque jamais sur la peau du menton ou de la lèvre supérieure; leur accroissement se fait aux dépens de la muqueuse seule. Bien entendu il s'agit des chancres infectants non phagédéniques car ceux-ci envahissent tous les tissus. Mais le chancre infectant sans complications se cantonne sur la muqueuse. et son accroissement a pour résultat de provoquer une déformation de la lèvre comme dans le cas de traumatisme ou de fluxion dentaire. L'induration présente les mêmes variations que dans les autres régions.

Ce chancre suppure peu, par la raison qu'étant exposé à l'air la sécrétion sèche tout de suite, et il se forme une croûte brunâtre dont la couleur tranche sur la muqueuse des lèvres. Il est absolument incolore comme tous les chancres infectants ce qui fait que bien qu'étant très visible, il est quelquefois méconnu, et dans ce cas le malade est la cause de nombreuses inoculations.

Si ce chancre s'ulcère et devient phagédénique, il occasionne de la douleur, et il peut alors être confondu avec un cancroïde ou avec un chancre simple.

Dans ce cas il faut, pour assurer le diagnostic, d'abord pratiquer l'auto-inoculation, et si celle-ci est négative, instituer le traitement mercuriel qui est la pierre de touche dans les cas douteux et embarrassants.

L'adénopathie que l'on rencontre avec le chancre de la lèvre inférieure siége dans le ganglion mylo-hyoïdien; on rencontre également cette adénopathie avec le cancroïde, mais, dans ce dernier cas, elle ne se montre que tardivement.

2° *Chancres de la langue.*

Les chancres de la langue présentent une induration marquée, la coloration rouge cuivrée pourrait les faire confondre avec des gommes ulcérées; mais la configuration que présentent celles-ci est moins régulière que chez les chancres, et en outre, signe extrêmement important, on constate toujours de l'adénopathie avec les chancres, tandis que dans le cas de gomme, jamais les ganglions ne sont pris. De plus les gommes sont des lésions tardives, et l'on doit pour bien asseoir le diagnostic, rechercher avec soin les antécédents morbides du malade.

3° *Chancres des amygdales.*

Les chancres des amygdales présentent une coloration rouge cuivrée pâle qui diffère peu de la couleur des tissus ambiants, mais qui est néanmoins très appréciable, et très différente de la teinte des plaques muqueuses.

Les amygdales sont indurées, hypertrophiées, et s'accompagnent de phénoménes douloureux au moment de la déglutition.

Nous avons parlé d'un malade (*Concours Médical n° 15*), qui présentait des chancres multiples sur différents points, nous allons en donner l'observation résumée :

Chancres multiples syphilitiques :

2 du fourreau de la verge.

2 des lèvres.

2 des amygdales.

Vers le 15 février 1877, ce malade vit une femme avec laquelle il pratiqua le coït normal, et eut ensuite un rapport vulvo-buccal.

15 jours aprés, il vit apparaître sur le fourreau de la verge deux chancres, et il en constata un sur chaque lévre, et un sur chaque amygdale.

Huit jours aprés le début des chancres, il ressentit de la pharyngopathie et pendant 15 jours ou trois semaines il ne put manger que des aliments liquides, il éprouvait même de la douleur en respirant, mais le sommeil était conservé. Il ressentit en même temps de la céphalalgie et des douleurs dans le genou au niveau de l'insertion rotulienne inférieure, douleur qui ne se montrait que pendant les mouvements de l'articulation.

A son entrée à l'hôpital du Midi le 17 avril 1877, dans le service de notre maître, le d^r Mauriac, on constata que les chancres étaient en voie de cicatrisation.

Celui de la lèvre inférieure était complétement cicatrisé, mais n'offrait aucune induration.

Le chancre de la lèvre supérieure était en voie de guérison mais présentait une induration très-marquée.

Les chancres des amygdales avaient cette coloration rouge cuivrée pâle dont nous avons parlé plus haut et étaient très-indurés.

Tout le chapelet ganglionnaire du cou est pris, on remarque en outre un ganglion isolé sur le thorax

Les chancres du fourreau de la verge cicatrisés, également n'avaient aucune induration. En revanche l'adénite inguinale est très-marquée et très-indurée.

On remarquait en même temps une roséole maculeuse, mais limitée à la partie postérieure du tronc.

Le malade n'éprouvait plus de douleur dans la déglutition.

On le soumit au traitement mercuriel, et il sortit quelque temps après entièrement guéri de ses accidents, nous ne l'avons pas revu depuis.

On remarque dans cette observation plusieurs points curieux.

D'abord c'est la variété d'induration que présentèrent ces chancres. Ainsi il n'y en eut que trois sur six d'indurés. Ce qui prouve une fois de plus qu'on a tort de vouloir désigner le chancre syphilitique sous le nom de chancre induré, puisque ce caractère n'existe pas toujours.

De plus ce malade présenta des phénomènes douloureux du côté du pharynx, mais, selon nous, ces accidents n'étaient pas dûs à la syphilis, ils étaient occasionnés par la compression qu'exerçaient les deux amygdales indurées et hypertrophiées sur les parties voisines, c'était, on pourrait dire, une *angine chancreuse*.

Quant à l'adénopathie, cervicale et inguinale, elle n'offre rien de particulier ; mais nous voulons appeler l'attention sur ce ganglion isolé situé à la partie antérieure du thorax ; cette adénite située assez loin des chancres céphaliques vient bien confirmer les remarques qu'à faites M. le d^r Cornil dans ses leçons sur la syphilis, quand il dit : « P. 98 : Bientôt, un « mois et demi ou deux mois après le début de cette « infection des ganglions les plus proches, tous les « ganglions de l'économie se prennent successive- « ment. »

D'après les autres accidents qu'à présentés ce malade on voit qu'il a eu une syphilis précoce assez maligne. Les céphalalgies ne se montrent pas aussitôt que cela ordinairement. De plus il eut une synovite de la bourse séreuse située sous le tendon rotulien. Cette lésion ne se montre également que plus tard. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur cet accident.

Cependant il ne faudrait pas conclure que la syphilis a été plus grave, parce qu'il a eu plusieurs chancres ; car nous avons vu d'autres malades porteurs de chancres multiples ne présenter aucune grave complication, tandis que d'autres avec un seul chancre ont été fort malades. Tout dépend du sujet infecté, et non du nombre de chancres.

Chancres des doigts.

Les chancres qui siégent sur les doigts présentent une différence suivant qu'ils siégent près des ongles, ou sur le corps du doigt.

Sur la phalangette, au niveau de l'ongle, ils peuvent être pris pour un panaris en voie de cicatrisation ou pour une onyxis, mais dans ces deux derniers cas, il y a de la douleur, tandis qu'elle fait défaut quand il s'agit d'un chancre.

Nous avons observé un chancre placé sur la face dorsale de la première phalange du doigt annulaire de la main droite. Le chancre occupait toute la phalange, il avait la forme d'un cœur de carte à jouer et présentait les dimensions suivantes :

Diamètre vertical 3 centimètres 1/2,

Diamètre transverse 3 centimètres.

Sa surface était bourgeonnante, saignait facilement, et était entourée d'un bourrelet bleuâtre formant saillie au-dessus de la peau.

Le gonflement avait envahi toute la première phalange, une grande partie de la seconde et se terminait d'une façon graduelle jusqu'à l'articulation de la seconde avec la troisième.

Le ganglion épitrochléen était dur, tuméfié et du volume d'une amande.

Au bout d'un mois et demi de traitement mercuriel le doigt était complétement guéri ; et il n'y avait plus à la place du chancre qu'une cicatrice rose, pâle, formé par l'épiderme de nouvelle formation.

Induration, bourrelet et gonflement du doigt, tout avait disparu.

IV.

ETIOLOGIE.

Le chancre syphilitique a toujours pour cause la contagion *immédiate* ou *médiate*.

La *contagion immédiate* a lieu quand un malade contracte la syphilis par suite de rapports immédiats ou directs avec le sujet contaminé. Dans ce cas le coït joue toujours le plus grand rôle, et la contagion reconnaît pour cause soit des chancres, soit des plaques muqueuses.

La *contagion médiate* a lieu par l'intermédiaire de personnes ayant eu des rapports avec des syphilitiques, et communiquant la maladie à d'autres sans en être atteintes C'est une personne saine qui a servi de véhicule au virus syphilitique sans en être infectée.

Tel est le cas dont parle Puche. Un jeune homme marié, ayant un prépuce très-long eut un rapport sexuel avec une ancienne maîtresse en puissance de syphilis. Il ne prend aucun soin de propreté après le coït, il rentre chez lui, voit sa femme et lui communique la syphilis sans en être lui-même atteint.

De même une femme a vu un individu syphilitique et a transmis la syphilis à un autre sujet sans rien contracter. M. le Dr Ricord cite un cas, dans ses lettres sur la syphilis et dans le temps où l'inoculation jouait un grand rôle dans les hôpitaux des Vénériens. M. Cullerier a déposé du virus sur la muqueuse vaginale d'une femme, l'a laissé même séjourner un certain temps ; et après avoir abstergé avec soin la région, on ne voyait survenir aucun accident sur la femme qui avait fait le sujet de l'expérience.

Les chancres placés sur les organes génitaux ont toujours pour cause la contagion immédiate, soit que le coït ait eu lieu d'une façon naturelle, soit d'une façon anormale ; telle que *succio virgæ*. Dans ce cas là, en effet pour peu que la femme ait des plaques muqueuses dans la bouche, comme les chances d'érosions du gland sont beaucoup plus nombreuses que dans le coït ordinaire, les chances d'infection sont, par cela même, beaucoup plus grandes, et pourtant combien d'individus sont persuadés du contraire !

Cependant il arrive quelquefois que le coït ne soit pour rien dans l'étiologie des chancres génitaux. Ainsi Rollet dans son traité des maladies vénériennes (P. 617), cite un fait rapporté par le Dr Clerc, et qui a trait à un homme de 70 ans qui contracta un chancre de la verge pour avoir porté un pantalon ayant appartenu à un sujet syphilitique.

M. Bondet cite un soldat qui eut un chancre du scrotum dans les mêmes conditions.

Les chancres des lèvres et de la bouche, se développent tantôt par contagion immédiate, tantôt par contagion médiate.

La contagion immédiate se rencontre chez les nourrices et les nourrissons, chez des personnes qui ont embrassé sur la bouche des individus porteurs de chancres ou de plaques muqueuses, chez d'autres qui ont eu des rapports anormaux avec la bouche.

La contagion médiate a lieu avec des objets ayant appartenu à des personnes malades ; tels que des pipes, des porte-cigares, ou bien à la suite de coupures de rasoirs, en buvant dans des verres à la suite d'un individu malade. Un des faits les plus curieux que nous connaissions et qui nous a été rapporté par une personne tout à fait digne de foi, est celui-ci : Deux amis rentrent dans un bureau de tabac, prennent chacun un cigare ; l'un d'eux, qui était syphilitique, humecte son cigare avant d'en couper le bout avec l'instrument disposé à cet usage, l'autre ami fait la même opération et quelque temps après il voyait apparaître sur sa lèvre un chancre infectant.

Tout le monde connaît la syphilisation des verriers.

Rollet cite le cas d'une dame qui contracta la syphilis par une cuiller qui servait à sa cuisinière à goûter les aliments.

Les chancres du doigt surviennent toujours par contagion immédiate. Ainsi, les accoucheurs y sont plus exposés que les autres. De même ils peuvent devenir la cause d'infections multiples ; tout le monde connaît les tristes accidents de ce genre qui se passèrent à Brive pendant l'année 1873 et qui ont été relatés dans les annales de Gynécologie (avril 74) par le professeur Bardinet. Les inoculations qui eurent lieu par suite de l'imprudence d'une sage-femme ayant un chancre du doigt, dont elle ne soupçonnait pas la nature, ces inoculations, disons-nous, se montèrent à près d'une centaine.

Uu homme fut mordu à la main par un autre dans une rixe, et il lui vint deux chancres, un sur l'index, l'autre sur le médius.

Nous avons vu dans le service du prof. Hardy, à l'hôpital St-Louis, une infirmière qui contracta un chancre du dos du poignet, en portant un enfant syphilitique qui avait des plaques muqueuses à l'anus. L'accident primitif remontait à trois années, et elle entrait dans le service pour des accidents cutanés, tertiaires en même temps, qu'elle présentait des plaques muqueuses ; et nous dirons en passant que les plaques muqueuses peuvent se rencontrer à toutes les périodes de la syphilis, et si on contracte la syphilis avec des malades porteurs d'accidents tertiaires, c'est que ceux-ci avaient en même temps des plaques muqueuses qu'on n'avait pas remarquées.

Nous pourrions citer une foule d'autres faits de contagion, mais nous ne les avons pas présents à la mémoire ; cependant nous terminerons par celui-ci : Un homme ayant, dans une certaine circonstance, mis une femme à cheval sur ses épaules, contracta un chancre de la nuque.

Tels sont les faits que nous tenions à rappeler sur cette maladie virulente et contagieuse au premier chef.

Nous avons encore à parler des chancres anormaux, chancres phadégéniques, serpigineux, pultacés, etc., mais nous préférons remettre la description de ceux-ci quand nous étudierons les complications du chancre.

Nous allons tout de suite attaquer la question du traitement, et nous parlerons de la cicatrisation des chancres immédiatement après.

III

TRAITEMENT.

Nous traiterons dans ce paragraphe et du traitement des chancres et du traitement immédiat de la syphilis.

Tout d'abord doit-on cautériser le chancre syphilitique ? Non, c'est absolument inutile au début du chancre ; plus tard on peut cautériser, mais nous verrons dans quel cas. D'ailleurs la cautérisation au moment où apparaît le chancre est complétement inutile ; le malade est en pleine puissance de syphilis et le caustique quel qu'il soit n'empêchera pas son évolution.

Donc, quand il s'agit d'un chancre syphilitique sans complication, il faut recourir aux pansements les plus simples.

Comme pansement le moins coûteux, nous avons l'*onguent gris* ou *onguent mercuriel simple*.

Puis l'*onguent mercuriel double* ou *onguent napolitain*.

Le seul inconvénient qu'ils aient, est de tacher le linge des malades et de donner un peu d'odeur; mais en somme c'est un bon pansement qu'on peut en toute confiance recommander aux indigents.

Nous avons ensuite la pommade au calomel qu'on formule ainsi.

Calomel...............	5 grammes
Cérat opiacé...........	25 grammes.

On pourrait au besoin stimuler la cicatrisation avec du cérat saturné au lieu de cérat opiacé.

Le vin aromatique s'emploie également bien, ainsi que l'eau phéniquée à 1, 2 ou 3 pour cent.

En même temps qu'on fait le traitement externe, il faut sans plus tarder instituer le traitement interne.

En tête de tous les médicaments, il faut placer le mercure.

Nous allons donner quelques formules des plus employées.

1° Pilules de Dupuytren :

Sublimé	åa 0,01 centig.
Extrait gommeux d'opium....	åa 0,01 centig.
Extrait de gaïac.............	0,15 centig.

par pilule.

2° Pilules de Sédillot :

Onguent mercuriel...............	0,09 centig.
Savon médicinal.................	0,06 centig.
Poudre de réglisse..............	0,03 centig.

pour une pilule.

3° Pilules de Ricord :

Protoiodure de mercure	åa 0,05 centig.
Thridace.....................	åa 0,05 centig.
Extrait thébaïque...............	0,01 centig.
Extrait de ciguë...............	0,10 centig.

pour une pilule.

Dans le cas d'iritis syphilitique M. Ricord remplace l'extrait de ciguë par la poudre de feuilles de belladone et il formule ainsi :

Protoïodure de mercure.......	âa 5 grammes.
Thridace....................	
Poudre de feuilles de belladone	
Extrait thébaïque..................	1 gramme

M. le Dr Mauriac afin de tonifier l'estomac et de le mettre à même de supporter plus facilement le mercure, a adopté la formule suivante ; et nous de notre côté n'en employons pas d'autre car nous n'avons jamais eu d'accident du côté de la bouche ou des intestins ; cette formule est celle-ci :

Protoiodure d'hydrargyre.........	0,03 centig.
Extrait de quinquina.............	0,06 centig.
Extrait thébaïque.................	0,01 centig.

pour une pilule. — et on en fait prendre de deux à cinq par jour.

Quand il arrive que ce sel de mercure fatigue l'estomac et procure des selles diarrhéiques trop fréquentes on peut adopter les pilules suivantes :

Sublimé..........................	0,01 centig.
Extrait thébaïque................	
Extrait de quinquina.............	0,06 centig.

On peut également associer le sublimé avec le gluten sec pulvérisé et on prescrit alors des pilules de

Sublimé	0,01 centig.
Gluten............................	q.s.

Quoiqu'il en soit, quelque formule qu'on adopte, il faut commencer le traitement mercuriel dés que le chancre syphilitique est confirmé et on ne doit pas attendre l'apparition des plaques muqueuses ou de la roséolc.

Nous n'avons pas parlé d'un mode de traitement qui a eu un moment de voguc, et qui n'est plus employé qu'en Angleterre. Ce sont les injections hypodermiques de sublimé. Afin de ne rien omettre nous allons en donner la formule :

Sublimé.	0.20 centig.
Glycérine.	30 grammes
Eau distillée.	70 —

Une injection dans une seringue de Pravaz tous les matins.

Dans le cas où l'estomac se refuserait absolument à tolérer le mercure, on pourrait modifier le traitement interne en un traitement externe et faire des frictions sous l'aisselle avec de l'onguent napolitain, gros comme une noisette ; en ayant soin d'alterner chaque jour de région et de ne faire qu'une ou deux frictions au plus par jour.

Ce mode de traitement est très efficace et très énergique mais il expose plus que les autres aux accidents mercuriels. Nous avons vu de la salivation produite après une friction sur le scrotum dans le cas d'orchite, et nous avons vu dans notre clientèle un malheureux malade atteint de syphilides papuleuses à la jambe, et auquel nous avons prescrit une friction. Celui-ci afin d'aller plus vite se fit deux frictions par jour, et il fut pris d'une stomatite mercurielle avec ulcérations, pseudo-membranes, etc., qui lui dura un mois et demi.

Ceci nous amène à faire cette recommandation, de ne jamais prescrire de mercure sans donner en même temps du chlorate de potasse soit sous forme de gargarisme :

Chlorate de potasse 10 à 20 grammes.

Eau 1 litre :

Soit sous forme de pastilles. *(A suivre.)*

Dr J.-A. Rizat.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La lettre sur l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires, qui fait l'objet du travail du Dr Marquez, nous a valu une protestation d'un honorable médecin-major de l'armée. Nous la publierons dans le prochain numéro avec la réponse du Dr X....

DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE CIVILE PAR LES MÉDECINS MILITAIRES.

Monsieur le Directeur,

Je ne vois pas que nos confrères de l'armée méritent tant d'animadversion. Pour un indélicat, combien d'autres n'ont-ils pas des titres sérieux à la reconnaissance du public et à l'estime de chacun de nous ? Et dans la médecine civile, n'avons-nous pas quelquefois aussi le malheur de rencontrer des hommes d'une délicatesse douteuse ? Faudrait-il en conclure notre indignité et, pour la faute de quelques rares unités, nous condamner en masse à nous couvrir de cendres ?

Je ne vois pas pourquoi jeter la pierre au médecin militaire — de terre ou de mer — pour le plus ou le moins de clientèle qu'il pourra faire en dehors du temps qu'il doit à son service spécial. Bégin, Sédillot, Roux, et bien d'autres, ont rendu à la science les services que l'on sait, aussi bien comme médecins civils que comme médecins de l'armée ou de la flotte. Dans une sphère moins élevée, souvent, le médecin militaire se rend utile à la population civile au milieu de laquelle il est appelé à vivre. S'il voit l'indigent, personne ne songe à lui disputer ce client. — Et vous allez lui faire un grief de ne point pratiquer la gratuité partout et de tirer quelquefois profit de sa peine et de son talent. Cela n'est pas juste.— Il chasse sur vos terres, croyez-vous. Erreur. Dans nombre de petites villes de garnison, si l'on ne comptait sur la présence de quelque médecin militaire et sur son droit à pratiquer en ville, vous seriez bientôt un ou deux de plus. Vous partageriez encore.

Il est bien payé, vous dites, même trop payé, ce médecin militaire ! Je ne saurais être de votre avis. Vous vous rangerez plutôt du mien, si vous voulez bien vous rappeler que *honos* et *honorarium* sont volontiers solidaires l'un de l'autre.

En mon particulier, je suis trop jaloux de l'honneur médical pour tenir que l'Etat soit quitte à aussi bon marché envers cet homme qui, après cinq années d'une scolarité dont vous connaissez le labeur, sort du Val-de-Grâce sous-lieutenant, ni plus ni moins qu'un Saint-Cyrien. J'estime qu'il y aurait justice à le faire sortir de cette école de santé — qui est aussi une polytechnique, — ne vous déplaise, — avec le grade de lieutenant à lui faire compter double ses années de scolarité, ainsi qu'il est fait en faveur des officiers du génie, de l'artillerie et peut-être de l'état-major.

Puis, qu'on ne lui marchande pas sa solde, à cet homme qui n'a pas toujours, dans la vie de garnison, autant de loisirs que vous voulez bien l'admettre, et qui en aura moins encore lorsqu'aura été donnée au corps de santé militaire une organisation mieux en rapport avec les besoins de la médecine d'armée. Qu'on ne lui marchande ni sa solde de paix, ni son cheval à cet homme qui, tout à l'heure, ira exercer son art sur un champ de bataille, au risque de se faire casser la tête par le premier Prussien venu, alors même qu'il soit sous la protection de la croix de Genève !

Loin de moi la pensée d'exalter ici le médecin militaire aux dépens de votre propre mérite, mon cher confrère de l'ordre civil. Je le sais et chacun le sait, vous aussi l'heure du danger vous trouve toujours debout et l'on vous a vu, il y a neuf ans, sur notre territoire envahi, prodiguer vos soins les plus dévoués à nos soldats, blessés ou malades. Vous l'avez fait sans autre souci que celui d'être utile. Vous n'avez compté avec personne. Vous avez servi *pro Deo et pro Patriâ...* L'Etat peut avoir oublié de vous dire merci : mais il n'a pas oublié de vous faire payer régulièrement votre patente, le plus illogique de tous les impôts. N'importe ; cela ne refroidira ni votre cœur, ni votre zèle, parce que vous obéissez avant tout à la voix du devoir et de l'honneur. Viennent les mauvais jours de la guerre ou de l'épidémie, vous serez encore là... Allez, vous êtes plus militaire que vous ne pensez.

Ne jalousons donc pas nos confrères de l'armée et gardons-nous d'aider à un marchandage qui n'est que trop dans les goûts du monde — officiel ou non, — qu'il s'agisse d'eux ou de nous. A les abaisser, nous ne saurions nous élever nous-mêmes. Ce n'est pas de leur fait que nous avons le plus à souffrir. Le mal vient d'ailleurs. Il vient peut-être de l'exercice illégal de la médecine, d'une piraterie que l'on aura bien de la peine à détruire, protégée qu'elle est trop souvent par la tolérance de ceux là même qui ont mission de la poursuivre ou de la prévenir. — Il vient peut-être encore du charlatanisme ; je ne veux point désigner ici ce charlatanisme dont nous avons le droit de rire et qui bat l'estrade au grand jour de la foire ou sibyllise dans le repaire d'une dormeuse de bonne volonté ; mais je vise ce charlatanisme, — défaillance ou félonie ! — que couvre un diplôme issu des mêmes régions que le vôtre. — Il vient plus certainement, le mal dont nous nous plaignons aujourd'hui, dont on se plaignait hier et dont on se plaindra demain encore, il vient d'une mesquinerie de l'esprit humain dont nous ne sommes malheureusement pas plus exempts que les autres hommes.

Il n'est que trop vrai, deux sentiments étroits, l'intérêt et la vanité, rendent l'homme égoïste et faussent en lui le sentiment du juste. Ce sont là des maladies de l'esprit aussi vieilles que la vieille humanité. Faut-il donner raison à La Bruyère et proproclamer avec lui l'incurabilité absolue de ces maladies de l'esprit dont nous avons tant à souffrir ? — Je veux espérer que la cure, bien que difficile, n'est pas impossible, et que nous la mènerons à bonne fin si, consentant à faire un retour sur nous-mêmes, nous nous avouons que le sentiment de notre dignité personnelle nous conduit au sentiment et au respect de la dignité d'autrui.

C'est là la base du véritable esprit de confraternité. En nous affermissant sur cette base, nous effacerons bien des ombres et nous rallierons à notre cause bien des sympathies. Le monde nous heurtera moins de mesquineries ; il hésitera d'autant moins à nous honorer qu'il nous verra mieux nous respecter et nous honorer entre nous.

Veuillez, Monsieur le Directeur, m'accorder quelque peu d'indulgence pour la longueur de cette lettre, et agréez l'expression de ma toute dévouée confraternité.

Dr Marquez,
Médecin en chef de l'hôpital d'Hyères.

DES HONORAIRES MÉDICO-LÉGAUX.

« Un des vices de notre organisation, c'est d'être taxé sur le pied d'un cantonnier ou d'un garde-champêtre, toutes les fois que le ministère public nous a requis pour les corvées qui sont du ressort de la médecine légale. »

Ces lignes qu'écrivait Munaret en 1840 sont encore vraies aujourd'hui. On se demande si le législateur de 1811 n'était pas un ennemi de notre profession et s'il ne cherchait pas à nous rabaisser en nous octroyant un salaire dérisoire. Mais, en réfléchissant, on reconnaît que la confection de ce tarif a été inspirée par cette idée dominante, dans notre pays, du haut en bas de l'échelle sociale, aussi bien chez les particuliers que dans les administrations publiques, par cette idée, dis-je, que le médecin doit accorder son ministère à tous et en toutes circonstances, sans que l'on se croit obligé de le rémunérer de ses peines et de son temps perdu.

Examinons un peu ce réglement du 18 juin 1811 qui est encore en vigueur et que nous sommes obligés de subir. Il est ainsi conçu :

Art. 17. Chaque médecin ou chirurgien recevra, savoir :

1o Pour chaque visite et rapport, y compris le premier pansement, s'il y a lieu, à Paris 6 fr.; dans les villes de 40,000 habitants et au dessus, 5 fr.; dans les autres villes et communes, 3 fr.

2o Pour les ouvertures de cadavres et autres opérations plus difficiles que la simple visite, et en sus des droits ci-dessus : à Paris 9 fr.; dans les villes de 40,000 habitants et au dessus, 7 fr.; dans les autres villes et communes, 5 fr.

Ainsi un médecin sera obligé de quitter ses occupations, des malades dont l'état peut réclamer impérieusement sa présence pour aller, à la requête d'un juge d'instruction ou d'un substitut quelconque, faire l'autopsie d'un cadavre, souvent en complète putréfaction, Outre cette besogne rebutante et les dangers d'une piqûre anatomique, il aura encore un rapport à rédiger, rapport qu'il tiendra à honneur de faire aussi complet et aussi lucide que possible, et qui exigera de sa part une somme considérable de travail intellectuel et parfois de longues recherches. Enfin tout cela terminé, que recevra-t-il pour prime de son temps perdu et de son travail ? la somme ridicule de HUIT FRANCS.

Encore pour l'obtenir sera-t-il obligé de dresser un mémoire minutieux et en double expédition, dont une sur papier timbré. (Ledit papier timbré à ses frais, bien entendu).

Mais ceci n'est rien encore. Nous avons supposé le cas où la corvée médico-légale avait lieu dans la ville même ou la commune habitée par le médecin. Voyons maintenant ce qui va arriver lorsque le juge d'instruction lui enjoindra de se rendre dans une localité distante, par exemple, de 25 kilomètres de son domicile. C'est ici qu'apparaît dans toute sa beauté ce que les Anglais appellent *the natural parcimony of the french government* et ce que nous nommerons crûment la ladrerie du gouvernement français.

L'étonnant règlement du 18 juin 1811 a prévu le cas, et voici comment il le résout dans sa munificence :

Art. 90. — Il est accordé des indemnités aux médecins, chirurgiens, lorsqu'à raison des fonctions qu'ils doivent remplir....., ils sont obligés de se transporter à plus de 2 kilomètres de leur résidence, soit dans le canton, soit au-delà.

Art. 91. — Cette indemnité est fixée pour chaque myriamètre parcouru en allant et revenant, savoir : pour les médecins et chirurgiens, à 2 fr. 50.....

Art. 95. — Lorsque les individus dénommés ci-dessus seront arrêtés dans le cours du voyage par force majeure, ils recevront une indemnité, pour chaque jour de séjour forcé, savoir : les médecins et chirurgiens, 2 fr.....

Grâce à ce tarif plantureux, le pauvre diable de médecin, pour le quart d'heure au service de la justice, recevra, pour ce voyage de 50 kilomètres la somme de 12 fr. 50. Si la localité en question ne se trouve pas sur une ligne de chemin de fer, il lui faudra louer une voiture. Or, l'indemnité qui lui est allouée sera-t-elle suffisante? Evidemment non : cette voiture lui coûtera au moins 20 francs. Ajoutez à cela un repas qu'il sera probablement obligé de faire hors de chez lui, une journée de visites perdues, des malades qui, impatientés de ne pas le trouver chez lui, se seront adressés à un confrère, et vous aurez le bilan de ce que peut rapporter une expertise médico-légale.

Il ne faut pas oublier d'ajouter que plus tard il lui faudra aller expliquer son rapport devant la cour d'assises, et que ce nouveau déplacement lui sera payé avec la même libéralité.

Nous n'hésitons pas à dire que cette exploitation du médecin a quelque chose d'immoral et qu'un pareil état de choses appelle impérieusement une réforme. Mais quand l'aurons-nous? Jamais, tant que l'esprit de corps sera absent de chez nous; prochainement, si nous comprenons enfin la nécessité de nous unir et les bienfaits de l'association.

Dr L....,
Membre fondateur.

Très honoré confrère,

Au moment où nous voyons toutes les professions recourir à l'association, n'est-il pas plus que bizarre que les membres de la corporation médicale continuent à vivre isolément et se contentent de déplorer, chacun de son côté, cette solitude. L'association générale des médecins de France, pas plus du reste que les associations particulières d'un département, ne peut apporter grand remède à notre situation. Pourquoi ne prendrions-nous pas modèle sur ce qui se pratique pour d'autres professions libérales : avocats, notaires, avoués, etc.? Pourquoi notre association n'est-elle que platonique et facultative? Voici, pour ma part, ce que je proposerais. *Tous les médecins d'une même ville, et, en dehors des villes, tous les médecins d'un même canton devraient être inscrits au tableau de l'ordre et constituer, par voie d'élection, une chambre syndicale chargée de veiller aux intérêts de la profession.* J'en suis encore à me demander quels inconvénients pourraient résulter pour nous d'une semblable constitution.

Quant aux avantages, je ne perdrai pas mon temps et le vôtre à vous les énumérer, un instant de réflexion devant suffire pour vous en représenter le tableau.

Je me borne pour aujourd'hui à soumettre cette proposition à vos réflexions et à celles des autres confrères. Quelqu'autre jour, je vous soumettrai mes idées sur les honoraires, sur l'exercice de la médecine et autres questions vitales de notre profession.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'expression de mes sentiments les plus confraternels.

Dr Margueritte.

Havre, 28 octobre 1879.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

DES DERMATOSES CHEZ LES ENFANTS

L'action stimulante de l'arsenic sur la peau, je vous l'ai déjà dit, contre-indique l'emploi de cet agent thérapeutique dans les manifestations aiguës et démangeantes de la peau. — N'oubliez donc pas ce fait important, fruit de l'observation clinique et expérimentale, et ne prescrivez l'arsenic que dans les dermatoses chroniques.

Chez les sujets atteints de dartres, d'herpétisme, d'affections cutanées essentiellement chroniques, abstenez-vous également de prescrire l'arsenic au moment des poussées subaiguës, qui sont le plus souvent sous la dépendance du régime, de la saison, ou des conditions hygiéniques ou professionnelles.

Cette règle générale posée, et bien comprise, permettez-moi de vous entretenir un instant, en manière de digression, de quelques particularités propres aux maladies cutanées chez les enfants au-dessous de deux ans; ces enfants sont atteints d'éruptions de nature et d'apparence très diverses. — En dehors de la syphilis congénitale, dont je vous parlerai à l'occasion du mercure, vous verrez chez les bébés des érythèmes, des eczémas, des impetigo affectant la marche aiguë, mais sujets à des poussées successives, parfois désespérantes; nés sur un point isolé, la face, les fesses, les organes génitaux, le pli de l'aine, ces manifestations, tenaces parfois, s'étendent souvent sur de grandes surfaces cutanées. Malgré le caractère chronique qu'elles semblent manifester, je ne vous engage point à avoir recours aux préparations arsénicales, non pas qu'il y ait un réel danger, ni la plus légère difficulté à faire usage des préparations arsénicales chez les bébés que vous voyez prendre et supporter si aisément, quand ils en ont besoin, les préparations mercurielles, mais parce que la cause de ces éruptions dépend le plus souvent de l'allaitement, du sevrage, du régime, de l'hygiène, suivis par les enfants. — Que de fois, à notre consultation, n'avez-vous pas observé des bébés atteints, pour me servir du langage des parents, de gourmes qui résistaient à tous les agents thérapeutiques et que je modifiais d'abord et guérissais enfin, par une médication qui s'adressait principalement à l'hygiène de la nourrice de l'enfant à la mamelle. A la nourrice, j'imposais l'obligation de s'abstenir des excitants, café, thé, liqueurs, salaisons, épices. Je conseillais des lavages, des bains de propreté, des promenades au grand air, et une alimentation plus ou moins réparatrice, suivant les conditions plus ou moins favorables de son état général.

Quant au bébé, je lui faisais régler ses tétées, et lui donnais, s'il était dyspeptique, une cuillerée à café d'eau alcaline, au milieu de chaque tétée, en ayant soin de ne jamais laisser la bouteille en vidange plus de deux jours.

S'il était diarrhéique, je lui administrais la potion au bismuth (4 gr.) laudanisée (une goutte de laudanum de Sydenham), des lavements amidonnés, etc., etc.

S'il était constipé, une pincée de magnésie calcinée dans de l'eau très-sucrée; tous les deux jours un lavement d'eau et de glycérine tous les jours.

En outre, j'enveloppais les régions atteintes, de taffetas gommé disposé en masque sur le visage, en manchon sur les membres, et toujours doublé d'étoffe pour éviter les déchirures du taffetas. La toile caoutchouquée, dont l'action est certainement plus efficace,

forme au niveau de ses plis des saillies résistantes qu'il faut surveiller quand elles compriment des surfaces eczémateuses. C'est ce qui me fait accorder la préférence au taffetas gommé, chez les bébés de notre consultation d'hôpital, qui nous sont amenés à des intervalles assez éloignés.

Ces appareils d'enveloppement provoquent des sortes de bains de vapeur locaux, dans les régions couvertes. On enlève matin et soir les produits de sécrétion cutanée avec de l'eau d'amidon chaude pendant la période aiguë, et, plus tard, avec de l'eau de noyer faible dans la période de déclin et de guérison. Une fois la région sèche, je diminue de jour en jour l'étendue de l'appareil d'emmaillottement, et je couvre les parties laissées à l'air, de poudre de talc (60 gr.), additionnée de sous-nitrate de bismuth (10 gr.). C'est à dessein que je n'ai pas fait entrer les bains généraux, dans la prescription dont je viens de vous énumérer les éléments. Certains érythèmes des fesses, des organes génitaux, l'intertrigo, se trouvent heureusement modifiés par des bains d'amidon, je le reconnais, mais j'ai remarqué, que, dans un plus grand nombre de cas, et surtout dans les eczémas généralisés, les lavages étaient préférables aux bains prolongés. Laissez-moi vous reproduire un fait de ma clientèle de ville, qui vous traduira mieux toute ma pensée. Je possède un grand nombre d'observations identiques.

Un nouveau né, mis au monde par un médecin fort répandu, élevé au sein, dans de très-belles conditions de santé et d'hygiène, présente, vers le 15e jour, de l'eczéma intertrigineux au pli de l'aine et à la partie interne des cuisses. On prescrit un bain d'amidon, de 5 minutes tous les jours. L'inflammation augmente, on prolonge le bain jusqu'à 10 minutes. — On modifie alors la nature des bains. on y ajoute de la gélatine, puis des substances émollientes et alcalines. L'affection empirait, elle gagnait toute la surface de l'abdomen et la surface interne des cuisses, par les grattages, l'enfant l'avait transportée sur ses mains d'abord, et sur son visage ensuite. Telle était la situation au bout d'un mois de traitement par les bains qu'on avait fini par donner deux fois par jour. Si bien que l'enfant, âgé seulement de six semaines, restait pendant 20 à 25 minutes dans l'eau deux fois par jour, et s'affaiblissait de plus en plus par la longue durée de ces bains prolongés.

L'accoucheur ayant rempli sa mission, je pris la direction de cette affection passablement désagréable. Après avoir donné quelques conseils élémentaires sur les tétées et le fonctionnement du tube digestif, j'engageai la nourrice à suspendre les bains et à faire des lotions émollientes d'abord, un peu astringentes plus tard. En dix jours, tout fut enrayé, et la peau simplement sèche, un peu épaisse, un peu rugueuse encore, n'était plus démangeante et permettait le repos à l'enfant. J'eus et j'ai souvent certaines difficultés à faire comprendre aux parents, qu'on peut, qu'on doit laver un bébé rapidement dans une baignoire, mais qu'il ne faut pas le faire macérer pendant 10 minutes, sans une indication précise. Au calme qui accompagne le séjour dans l'eau émolliente, succède une ardeur, une poussée inflammatoire entretenue par la faiblesse générale.

Cette observation, tenez-la pour vraie dans l'immense majorité des cas. Les exceptions ne doivent pas vous faire perdre de vue l'intérêt de la digression à laquelle je m'abandonne à propos de l'arsenic.

Leçon clinique du Dr J. SIMON.
(Progrès médical).

II

DU MASSAGE DANS LES ENTORSES.

Dans ses leçons cliniques à l'hôpital de la Pitié, M. Terrillon expose ainsi la pratique du massage, mode de traitement, trop souvent abandonné aux rebouteurs, et qui, quoique long et ennuyeux, réussit parfaitement dans certains cas. Voici comment il faut le pratiquer. Supposons qu'il s'agisse d'une entorse du pied. Placé en face du patient, l'opérateur tient le pied de la main gauche, pendant que de la main droite il pratique après avoir, au préalable, mis une couche épaisse d'axonge ou un corps gras quelconque, des frictions sur le dos du pied et surtout sur les parties latérales, là surtout en un mot où le gonflement et la douleur sont le plus marqués.

Les frictions, assez douces au début et pratiquées surtout avec le pouce, seront bientôt plus accentuées, aussi fortes que le malade pourra les supporter. Après quelque temps, il faut non seulement frictionner avec force, mais presser avec le pouce de façon à écraser violemment l'œdème qui s'est développé. Ces frictions doivent être pratiquées toujours dans le même sens pour le pied par exemple, de sa pointe vers sa partie postérieure et même jusqu'à la partie inférieure de la jambe en suivant les tendons des extenseurs et des péroniers. Elles doivent être faites sans interruption jusqu'à cessation complète de la douleur, principalement de celle qui est réveillée par les pressions.

Une séance de massage ainsi méthodiquement pratiquée, peut durer depuis une demi-heure jusqu'à deux heures et demie; mais, malgré ce temps un peu long, il est meilleur de ne cesser que lorsqu'on est arrivé au résultat désiré; si on ne peut atteindre ce résultat, on pourra faire une nouvelle séance après vingt-quatre heures de repos.

Immédiatement après ce massage, le pied doit être entouré, de la pointe vers le talon et y compris le bas de la jambe, avec une bande de flanelle longue de 8 à 10 mètres qui sera légèrement serrée. Le pied, ainsi entouré, sera placé sur un plan plus élevé que le reste du corps.

Lorsque, après vingt-quatre heures de repos, on enlève le bandage, on est quelquefois étonné de constater une douleur vive dans tout le pied, les moindres mouvements sont très-pénibles pour le malade, et les pressions les plus faibles sont à peine supportées; aussi le patient découragé se croit plus malade que la veille.

C'est alors qu'il ne faut pas hésiter; prenant le pied à pleine main, il suffit de lui imprimer quelques mouvements de rotation sur son axe, de le faire pivoter en tous sens pour que les douleurs, d'abord très-vives, deviennent presque nulles et disparaissent presque complètement.

Le bandage est alors appliqué de nouveau et on ordonne au malade de marcher; ce dernier, après quelque hésitation, est étonné de marcher aussi facilement; la douleur va bientôt en diminuant et après quelques minutes la marche devient facile. Le seul phénomène qui persiste souvent pendant quelques jours, c'est une douleur légère quand le pied porte à faux en marchant et se tord par sa partie antérieure. Aussi faut-il conseiller au patient de ne marcher qu'avec des chaussures qui maintiennent solidement le pied, telles que les brodequins lacés. Enfin quelques applications de teinture d'iode sur la région douloureuse paraissent hâter la guérison, en même temps que l'emploi continu de la bande élastique. Pratiqué de cette façon, le massage rendra de grands services, et, employé à propos, évitera les ennuis toujours forts grands d'une immobilisation prolongée. Mais il faut se rappeler que c'est surtout lorsque l'on aura affaire à la variété d'entorse appelée périphérique, celle dans laquelle les gaines tendineuses, le tissu cellulaire et même les attaches musculaires ont le plus souffert. Aussi ce mode de traitement réussit-il principalement dans les entorses des articulations relativement peu étendues et à surfaces très-serrées, dans lesquelles l'épanchement intra-articulaire où les phénomènes d'arthrite sont peu prononcés.

III

DE L'URÉTHRITE CHRONIQUE TRAITÉE PAR LES INJECTIONS D'EAU SATURÉE DE TEINTURE D'IODE.

Le Dr Masurel (*Bull. méd. du nord*) dit que le premier jour on fait deux injections d'eau iodée à douze heures d'intervalle. Le lendemain, il n'y a qu'un faible écoulement limpide filant et on fait une seconde injection où l'on s'abstient; mais le troisième jour il faut pratiquer une nouvelle injection et les malades sont guéris.

On en fait exceptionnellement une quatrième, mais si elle ne réussit pas c'est une médication à délaisser. Il faut faire autre chose.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

COURS

D'EMBRYOGÉNIE COMPARÉE DU COLLÉGE DE FRANCE (semestre d'hiver 1877-78) — *Leçons sur la génération des vertébrés*, par G. Balbiani, professeur au Collége de France, recueillies par le Dr F. Henneguy, revues par le professeur. — 1 vol. in-8° de 280 p., avec 150 figures intercalées dans le texte et 6 planches en chromolithographie hors texte. Prix 15 fr. Librairie O. Doin, place de l'Odéon.

Bien que cet ouvrage ne soit pas précisément un livre de médecine pratique, nous croyons cependant devoir en dire quelques mots aux lecteurs du *Concours médical*, à cause des aperçus nouveaux qu'il renferme sur l'interprétation des éléments reproducteurs, ovules et spermatozoïdes. Après avoir consacré le cours de l'année précédente à l'étude de l'appareil génital chez les vertébrés, l'auteur passe à celle des produits qui se forment dans son intérieur. Disons d'abord que, dans les premiers temps de son développement, l'embryon ressemble à un être hermaphrodite. Peut-être vaudrait-il mieux dire qu'à cet état l'embryon est *neutre*, car il est impossible de reconnaître le sexe qu'il prendra plus tard. Ce qui ne signifie point cependant que le sexe de l'embryon soit indifférent, puisque les uns descendront bientôt des mâles et les autres des femelles; seulement à cette époque cette distinction est encore impossible à faire!

Vient alors l'étude de l'œuf des mammifères, des oiseaux, des reptiles, des poissons cartilagineux, des poissons osseux et des amphibiens. Chacun de ces œufs a la composition d'une cellule ordinaire, il comprend par conséquent une téticule germinative (noyau ou nucléus) contenant une ou plusieurs taches germinatives (nucléoles) et entourée du vitellus (protoplasma) contenu lui-même dans une membrane vitelline (membrane cellulaire) qui enveloppe le tout. Les œufs des mammifères sont holoblastiques, c'est-à-dire que, lors du développement, tout leur vitellus, uniquement formé de matière plastique, participera à la segmentation. Ceux des vertébrés ovipares (oiseaux, reptiles, poissons) sont méroblastiques, car leur vitellus comprend une partie plastique qui se segmentera et une partie nutritive qui ne le fera pas. Les amphibiens ont des œufs intermédiaires en ce sens que dans leur vitellus, la partie plastique et la partie nutritive sont si intimement mélangées, que chaque sphère de segmentation renferme une certaine quantité de matière nutritive.

Pour chaque classe de vertébres, l'auteur décrit l'organe dans lequel l'œuf prend naissance et les différentes substances dont il s'entoure (albumine, membrane coquillière et coquille des œufs des oiseaux, etc.) pendant la période d'expulsion. C'est ainsi qu'il arrive à l'*ovogénèse* ou mode de formation des œufs. Cette étude qui a fait de grands progrès depuis quelques années conduit au résultat suivant qui paraît général chez les Vertébrés. Les ovules ne seraient que les cellules épithéliales d'une certaine partie du corps de Wolff qui, ayant grandi plus vite que les autres, auraient pénétré dans le stroma de l'ovaire, en s'invaginant pour former les follicules de de Graaf. Ceux-ci sont tapissés de petites cellules épithéliales, qui ne seraient elles-mêmes que les cellules épithéliales superficielles qui accompagnaient celles qui sont devenues des ovules. Nous indiquons simplement le résultat, sans entrer dans les théories adoptées par les différents auteurs, car M. Balbiani a dû consacrer plusieurs leçons à leur exposition et à leur discussion.

Ce qu'il a d'abord fait pour les ovules ou éléments femelles, il l'entreprend ensuite pour les spermatozoïdes ou éléments mâles. Ceux-ci ne sont plus envisagés comme de simples éléments anatomiques ainsi qu'on l'enseigne encore de nos jours, mais comme de véritables animalcules ainsi qu'on le croyait autrefois. Il y a, en effet, une grande analogie entre le développement de l'appareil mâle et celui de l'appareil femelle. C'est chez les Plagiostomes que ce fait est bien apparent. En un point de leur testicule que Seuyer a appelé *plipaminotif*, il se forme de petites ampoules tout à fait comparable à des follicules de de Graaf et dans lesquelles on trouve un ovule central entouré de petites cellules épithéliales. A un moment donné, l'ovule émet sur sa périphérie de petits prolongements qui s'avancent à la rencontre de petites cellules épithéliales. Il en résulte une sorte de copulation; il se passe là, en effet, une conjugaison assez comparable à celle de certaines Algues. Après ce contact ou plutôt cette fécondation, la cellule épithéliale envoie dans l'intérieur de l'ampoule un stolon (c'est le mot de l'auteur) qui donne naissance à des cellules filles. L'ovule cen-

tral se résorbe alors en laissant ses bourgeons en contact avec les cellules du stolon qui constituent les *spermatoblastes*. En effet, on ne tarde pas à voir apparaître dans eeux-ci le *globule céphalique* ou tête d'un spermatozoïde. Chaque stolon produit ainsi un faiseeau des spermatozoïdos qui, plus tard, rentrent dans la cellule épithéliale d'où ils sortiront pour tomber dans la cavité de l'ampoule et être évacués au dehors.

Bien que moins évidents, les phénomènes se passeraient, au fond, de la même façon chez les autres vertébrés. Il en résulterait donc qu'un spermatozoïde étant le produit d'une fécondation partieuliére appelée *préfécondation* par l'auteur, serait plus eomparable à un animalcule qu'à un élément anatomique.

Le plus eurieux dans tout ceci, e'est que l'ovule serait aussi le résultat d'une fécondation antérieure. M. Balbiani a, en effet, constaté dans les œufs d'un grand nombre de vertébrés, la présence d'une *vésicule embryogène* qui ne serait autre chose que le produit du bourgeonnement d'une des cellules épithéliales qui tapissent la follicule de de Graaf et qui aurait pénétré dans l'ovule en gardant son individualité propre. Cette cellule épithéliale jouerait ainsi le rôle d'élément mâle, et l'ovule, arrivé a l'état de maturité, aurait, comme le spermatozoïde, subi une sorte de *préfécondation*.

La présence de cette cellule embryogène suffit à M. Balbiani pour édifier une théorie scientifique de la *Parthènogénèse* animale. Je dis animale, car la *Parthènogénèse végétale* n'existe plus depuis les intéressantes recherches de M. Baillon. Il est inutile de rapreler que la parthenogénèse consiste dans la la production d'animaux par des femelles qui n'ont pas subi le contact du mâle. Les Pucerons pour ne pas multiplier les exemples, sont bien eonnu sous ce rapport. Tout le monde sait, en effet, que pendant la saison chaude de l'année, ils se produisent par viviparité sans le eoncours du mâle. Pour M. Balbiani, le contaet de la *vésicule embryogène* sur l'œuf du puceron encore contenu dans le tube ovigèse. agissait sur lui comme le ferait un élément mâle.

Ce sont ces faits qui nous ont paru devoir intéresser nos leeteurs. Ils tendent à faire admettre chez les Vertébrés et par extension ehez tous les animaux, une sorte de génération alternante analogue à celle qui est si bien connue chez la plupart des cryptogames.

Il n'est peut-être point inutile d'ajouter que grâce aux 150 figures intercalées dans le texte et aux six belles planches en chromo-lithographie qui terminent le volume, on se rend très-clairemont eompte des détails scientifiques qui, sans leur seeours, eussent pu laisser quelque obscurité dans l'esprit des lecteurs.

Dʳ A. B.

CHRONIQUE

Mesures contre l'ivrognerie en Prusse. — En Prusso, il est question de certaines mesures à prendre contre l'ivrognerie. Au synodo général qui a eu lieu dans la seeonde quinzaine d'octobre, on a délibéré sur cette question. Le directeur d'un important asile d'aliénés a présenté, dit la *Gazette de Magdebourg*, des considérations qui n'étaient pas sans intérêt.

Ce praticien à montré le danger qui résulte de l'abus des alcools; non-seulement la forco nécessaire à l'homme pour son travail en est paralysée, mais là ou la boisson se substitue à la nourriture elle agit comme un poison lent qui conduit à la décadence physique et à la ruine de l'intelligence. Parmi eeux qui entrent dans les maisons d'aliénés, 25 0|0, a-t-il dit: sont des ivrognes invétérés. Les hospices se débarrassent des ivrognes au bout de quelques jours; les maisons d'aliénés les lâchent également dés que les troubles physiques momentanés qui s'étaient produits ont disparu et que le séjour de ces individus dans les établissements no pourrait plus d'ailleurs so justifier vis-à-vis de l'autorité.

En conséquence, l'orateur a recommandé la création d'asiles particuliers pour les ivrognes, en même temps qu'il serait dressé une statistique sur le nombre des ivrognes de profession dans les hospices, maisons d'aliénés, prisons, dépôts de mendieité, etc. La France et l'Angleterre, a-t-il ajouté, ont déjà pris des mesures légales eontre le vice de l'ivrognerie. L'Amérique a montré ce qu'il y avait à faire, inaugurant le système des asiles, où l'on se donne pour mission de travailler à guérir l'ivrognerio.

Le synode a approuvé les trois résolutions suivantes; 1° Les personnes qui seraient trouvées ivre dans les rues, les débits de boissons et autres lieux publics seraient passibles d'une peine; 2° les eabaretiers qui tolèrent des individus ivres dans leurs débits ou qui leur donnent des boissons spiritueuses sont également passibles d'une peine; 3° les ivrognes de profession doivent être, même contre leur volonté, transférés, sur l'avis de l'autorité compétente, dans des asiles spéciaux.

***

Un appareil pour la crémation des morts. — A la suite d'un rapport qui lui a été présenté sur un projet d'établissement à Berlin d'un appareil pour la erémation des eorps, la municipalité vient de recommander l'adoption de ce modo de sépulture pour toute la population de la capitale.

La municipalité berlinoise a exprimé l'avis que l'introduetion de la crémation serait, sous tous les rapports, un progrès salutaire.

***

— Vendredi dernier ont eu lieu aux Invalides les obsèques de M. le docteur Chenu, ancien médecin principal de première classe. Notre regretté confrère, dont le nom se trouve consacré non-seulement dans les sciences médieales et naturelles, mais par son dévouement à la noble cause de la Soeiété de secours aux blessés des armées de terre et de mer, était âgé de sotxante et onze ans.

Le Dʳ Chenu était connu encore par ses remarquables recherches sur la mortalité dans l'armée pendant les campagnes de Crimée et la guerre de 1870.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cⁱᵉ

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1e Année. — N° 22 29 novembre 1879

BULLETIN DE LA SEMAINE.

Trois places vacantes à l'Académie amènent à la tribune les candidats. M. le Dr. Bucquoy est venu lire un travail sur le pneumothorax sans communication de la plèvre avec le poumon et consécutive à une thoracentèse. Chez deux malades soumis à la thoracentèse, M. Bucquoy a rencontré cette complication. Voici les interprétations possibles : chez un tuberculeux atteint d'une pleurésie chronique, la pénétration de gaz dans la plèvre peut être due à la rupture d'une caverne superficielle, sous l'influence de la diminution de pression entraînée par la thoracentèse ou à la rupture de vésicules pulmonaires atelectasiées. Mais à l'autopsie des deux malades l'inspection du poumon permit de reconnaître qu'il n'existait pas de rupture de ce genre. Par contre il est permis d'admettre que, sous l'influence de l'aspiration produite par la thoracentèse, les gaz en dissolution dans le liquide qui occupe les bas fonds de la plèvre se trouvent mis en liberté. C'est la théorie que M. Bucquoy a invoqué pour expliquer les deux cas qu'il a observés.

Si ce dégagement de gaz ne se produit pas plus souvent, c'est que d'ordinaire la cavité pleurale s'efface avec les progrès de l'aspiration. Quelquefois aussi la quantité de gaz dégagée par ce mécanisme est trop faible pour donner lieu aux signes du pneumothorax. Déjà, en 1876, le docteur Lereboullet avait fait remarquer que, sous l'influence de l'aspiration, les gaz en dissolution dans le liquide pleural épanché peuvent se précipiter dans le récipient de l'aspirateur.

Deux conditions sont nécessaires pour que le phénomène signalé par M. Bucquoy puisse se produire : l'existence d'une cavité persistante et l'intervention d'une aspiration très énergique. La première condition se trouve réalisée dans les cas de pleurésie chronique où le poumon se trouve maintenu affaissé par des brides et des adhérences anciennes. La seconde condition existe quand le vide produit à l'intérieur du récipient de l'appareil aspirateur s'étend à la cavité pleurale.

Cet accident consécutif à la thoracentèse est en somme rare et peu connu. Il mérite d'être signalé, car, lorsqu'il survient dans le cours de l'opération, il effraie singulièrement le médecin, qui peut croire à l'entrée de l'air dans la plèvre. Mais en réalité cette variété de pneumothorax consécutif, qui reconnait le mécanisme indiqué plus haut, est un accident d'assez peu de gravité pour que la possibilité de cette complication ne constitue pas une contre-indication de la thoracentèse dans la pleurésie chronique.

M. Faucher, interne des hôpitaux, présente un appareil extrêmement ingénieux permettant de pratiquer avec une grande facilité le lavage de l'estomac. Cet appareil se compose d'un tube en caoutchouc anglais, de un mètre cinquante centimètres de long, terminé par un entonnoir, pouvant contenir environ cinq cents grammes d'eau. Le tube à l'autre extrémité est percé de deux orifices, de façon que, l'un venant à se boucher, l'autre reste perméable, il porte à un certain niveau une marque qui, parvenue à la bouche, indique que l'extrémité du tube a pénétré dans l'estomac. Le malade, par des mouvements de déglutition, arrive à avaler le tube sans difficulté ; la tolérance du pharynx s'établit généralement dans la seconde tentative. Une fois que le tube communique par sa partie inférieure avec l'estomac, on élève l'entonnoir au-dessus de la tête du patient et on verse la quantité d'eau indiquée plus haut, c'est-à-dire cinq cent grammes environ. Après quoi l'entonnoir est abaissé au-dessous du niveau du creux épigastrique ; le tuyau en caoutchouc qui fait office de siphon se trouve dès lors amorcé, et l'écoulement du contenu de l'estomac se produit.

M. Faucher présente à l'Académie un malade affecté d'une gastrite chronique et qui a été soumis à des lavages à l'aide de cet appareil. Le succès du traitement a été tel, que le poids corporel du malade a augmenté de quatorze livres en un mois.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. CHARCOT

A LA SALPÊTRIÈRE

Le dimanche 16 novembre dernier, M. le professeur Charcot recommençait les brillantes conférences qui depuis plusieurs années attirent le monde médical à la Salpêtrière. En entrant dans le nouvel amphithéâtre, où les médecins de l'hospice pourront désormais réunir facilement leurs élèves et leurs auditeurs, M. Charcot n'a pu s'empêcher de témoigner sa reconnaissance à tous ceux qui avaient concouru à la réalisation de ce rêve qu'il caressait depuis si longtemps, rêve qui consistait à croire que ce grand et noble asile des misères humaines, où tant de médecins français, à commencer par Pinel, se sont illustrés, deviendrait un jour un foyer d'instruction et de recherches, c'est-à-dire un vrai institut pathologique. Ses remerciements s'adressent à l'assistance publique dans la personne de M. Michel Moring, son directeur, au Conseil municipal qui a donné son

appui sympathique et efficace, et qui a compris que l'amélioration des malades et le progrès scientifique sont choses connexes, à M. Billon, l'architecte de l'hôpital Tenon, aidé de M Ozanne, qui a surveillé les travaux de la Salpêtrière, à M. Beugniez, l'économe de l'hospice, et surtout au directeur, son excellent ami, M. Lebas, dont l'amour et l'intelligence des choses de la médecine sont au-dessus de tout éloge.

Cet amphithéâtre n'est qu'un commencement d'un projet plus général Bientôt sera installée aux portes de l'hospice une consultation qui augmentera et perfectionnera le personnel d'observations cliniques

Il existe déjà un musée d'anatomie pathologique, un atelier de moulage dirigé par un artiste habile, un laboratoire de recherches d'où sont déjà sortis quelques travaux, bien qu'il ne date que d'un an, un atelier de photographie et un cabinet d'instruments nécessaires à l'électrothérapie. On trouve donc réuni tout ce qui est nécessaire aux idées do travail et de progrès, ce qui permettra de continuer les traditions des Pinel, Rostan, Cruveilhier, Esquirol, Baillarger, etc.

M. Charcot espère, par ses efforts, entretenir le flambeau allumé par ses prédécesseurs.

La première conférenco avait pour objet l'étude de deux phénomènes importants dans les maladies des centres nerveux et qui y jouent un rôle prédominant. Ce sont la *contraction spasmodique permanente des membres paralysès et les réflexes tendineux* dont l'interprétation physiologique est difficile.

On sait que les paralysies peuvent se diviser en deux grands groupes, celles où la contraction est permanente et celles où il y a au contraire flaccidité.

Les réflexes tendineux comprennent des phénomènes qui appartiennent à l'état physiologique et qui ne deviennent pathologiques que lorsqu'ils sont exaltés.

La contracture est un phénomène ètrange, paradoxal, incxplicable.

Les réflexes tendineux et la contraction sont les phénomènes connus, de même ordre et appartenant à la même série.

Ces conférences étant essentiellement pratiques et démonstratives, il faut d'abord montrer l'intérêt des phénomènes au point de vue nosologique ; le côté physiologique viendra plus tard.

Tous deux appartiennent à la maladie que le professeur a décrito pour la première fois, en 1874, sous le nom de *sclérose latérale amyotrophique ;* il tient à la chose bien que le nom soit mauvais, il veut montrer qu'il s'agit ici d'une affection autonome, originale, au même titre que l'ataxie locomotrice et la sclérose en plaques. Quoiqu'on ait critiqué sa description, il va prouver qu'elle est exacte c'est-à-dire que la sclérose latérale amyotrophique est une affection du système nerveux, nettement caractérisée par ses symptomes et ses lésions anatomiques. C'est une espèce particulièro et on en peut faire le diagnostic.

C'est une triste maladie, car elle est incurable et l'issue en est rapidement fatale. Il n'y a même pas de thérapeutique à conseiller, toutes les médications ont échoué.

Le premier malade qui va servir à la démonstration est une malheureuse femme atteinte de ce mal depuis deux ans et demi; elle mourra bientôt car la maladie ne dure guère que trois ans. Celui qui lui succèdera est un malade de la ville encore aux premières phases et qui dans un an sera dans l'état où nous allons voir cette femme.

Après ces quolques détails sur le pronostic, qui est toujours fatal, la femme est introduite. Elle a été adressée à M. Charcot par M. Huchard, médecin des hôpitaux, avec le diagnostic *sclérose latérale amyotrophique*. Elle est dans une impuissance motrice absolue, ne pouvant remuer ni bras, ni jambes. Les membres supérieurs et inférieurs sont paralysés, à peine peut-elle soulever le genou. Cette paralysie est symétrique, c'est-à-dire qu'elle atteint également les deux côtés du corps.

Si l'on examine d'abord le membre inférieur droit, on remarque qu'il est rigide ; il est atteint de paralysie spasmodique, symptôme qui est un des éléments de la sclérose latérale amyotrophique, mais qui se retrouve aussi dans d'autres affections du système nerveux, car il n'est pas spécial à cette maladie.

Les affections nerveuses comptent vingt à trente signes, avec lesquels on peut les classer, comme avec les vingt-cinq lettres de l'alphabet on peut composer tous les livres possibles.

Le membre est atteint de rigidité, il est contracturé et il offre de la résistance dans toutes les directions, à la flexion aussi bien qu'à l'extension, à l'abduction comme à l'adduction. Les muscles fléchisseurs et leurs antagonistes sont affectés en même temps. C'est ce qui différencie la contracture spasmodique de la rétractilité.

Le membre inférieur gauche est exactement dans le même état que le droit, l'affection est, en effet, symétrique.

Cette malade présente, un deuxième phénomène, l'exaltation du rêflexe tendineux qui se rattache intimément à la contracture, car le réflexe tendineux précède la contraction et lui sert de prodrome; il persiste avec elle et quand elle a disparu on le retrouve encore. La contracture est, pour ainsi dire, le sommum du réflexe tendineux. C'est lui qui permet de reconnaître la contracture à l'état latent et de prédire qu'elle se développera au moindre accident. C'est donc un phénomène très important qu'il faut apprendre à bien mettre en évidence.

Le réflexe tendineux comprend deux ordres de signes ; l'un est ancien, car le rèflexe tendineux français a été découvert à la Salpêtrière, par MM. Vulpian et Charcot, il y a 15 à 20 ans.

Il existe une observation publiée en 1862, dans laquelle les auteurs l'ont décrit sous le nom d'épilepsie

ou de trépidation spinale provoquée. Voici comment on le met en évidence. Plaçons la main gauche sous le genou du malade, on maintient le membre suspendu pendant qu'avec la main droite on redresse brusquement la pointe du pied. Le membre est aussitôt pris d'agitation et de secousses qui se communiquent à la main de l'opérateur. C'est ce que les allemands appellent le *phénomène du pied* (Fussphenomen). Il est dû à l'exaltation du tendon d'Achille. Tel est le réflexe tendineux du pied.

Ce phénomène est pathologique car il n'existe que rarement sur l'individu sain. En Allemagne, Berger ne l'a rencontré que deux fois sur 1,400 soldats bien portants. Encore peut-on supposer raisonnablement que ces deux individus étaient déjà atteints de maladie sans qu'on s'en doutât.

Le second signe du réflexe tendineux a été découvert en Allemagne il y a deux ou trois ans. C'est le *phénomène du genou*. Si la main gauche placée sur le genou, comme tout à l'heure, on presse avec le bord cubital de la main droite le tendon rotulien, la jambe décrit aussitôt une trajectoire dont l'étendue varie suivant que ce mouvement est physiologique ou pathologique. A la simple inspection, on peut reconnaître s'il mérite cette dernière appellation. La chose se démontre trés-explicitement avec l'appareil enregistreur de M. Marey, mais comme son installation est trés-difficile, voici comment le professeur opére.

Il percute le tendon rotulien avec le marteau de Skoda et on voit aussitôt la jambe s'élever et s'abaisser deux ou trois fois de suite, ces oscillations ou ce dicrotisme, suivant son expression, servent à reconnaître le phénomène pathologique. Ici, M. Charcot croit utile de prémunir ses auditeurs de ne pas devenir hypochondriaques parce qu'en rentrant chez eux ils auront constaté ce phénomène sur euxmêmes. Chaque fois qu'il parle de ce phénoméne ainsi que des mouvements fibrillaires de l'atrophie musculaire, il est sûr de voir arriver le lendemain des étudiants qui se croient atteints de ces terribles affections.

Comme ce symptôme est très-variable, on ne doit le déclarer pathologique que lorsqu'il est bien net et caractérisé par le dicrotisme.

Les membres inférieurs examinés à d'autres points de vue, ne présentent pas d'insensibilité, peu ou pas de douleur, si ce n'est parfois un peu de formication et une sensation de crampe.

Quand la malade, il y a quelque temps, pouvait encore descendre de son lit, elle provoquait ellemême la trépidation spontanée ou épilepsie spinale, en appuyant la pointe des pieds par terre. Au moment où les pieds touchent le sol, il se produit un tremblement qui est un obstacle à la progression.

Les membres supérieurs présentent des caractères différents, ils sont pendants, inertes de chaque côté, car il ne faut point oublier que l'affection est symétrique et caractérisée par l'altération des faisceaux latéraux ou pyramidaux de la moelle. Ainsi les bras ne sont pas raides au même degré que les membres inférieurs ; ils présentent un phénoméne particulier, l'atrophie qui ressemble à l'atrophie générale progressive mais simienne avec les doigts fléchis et recourbés en griffe.

Cependant ce n'est pas l'atrophie musculaire progressive, car si dans cette derniére il y a impuissance motrice, celle ci tient à l'atrophie des muscles qui ne peuvent plus agir, tandis que dans les membres inférieurs où il n'y a aucune atrophie, l'impuissance musculaire existe quand même, mais elle a sa source dans la lésion médullaire. Aux membres supérieurs il n'y a que de la paralysie tandis qu'aux supérieurs il y a à la fin paralysie et atrophie.

Le phénoméne des reflexes tendineux permettra de différencier très nettement ces deux affections, car il n'existe pas à l'état sain au membre supérieur. La recherche est donc d'un grand secours. On le met en évidence en percutant avec le marteau les tendons situés au-dessus du poignet ce qui provoque des mouvements de la main, en présentant de même le tendon du biceps du brachial au-dessus du coude, on voit l'avant-bras se porter dans l'abducion.

La sclérose latérale amyotrophique présente un troisième et dernier épisode qui se passe du côté de la tête. Ce phénomène, difficile à saisir pour les personnes qui sont un peu éloignées de la malade, consiste dans une physionomie toute particulière et dans un commencement de paralysie bulbaire. La parole est inintelligible. Il y a une altération de la face qui est couverte de rides profondes et tourmentées surtout dans la région du facial inférieur. Les commissions labiales sont attirées en dehors, en haut, à droite et à gauche, ce qui agrandit démesurément la bouche en lui donnant la forme d'un arc de cercle, à concavité supérieure. Le front est creusé de rides parallèles. La langue est animée de secousses fibrillaires ; elle n'a plus son aspect normal, elle présente des circonvolutions analogues aux circonvolutions cérébrales. Il y a comme une sorte de tétanos des muscles de la face. Toutes les autres fonctions s'exécutent bien. Cependant la malade succombera parce qu'avec les progrés de la paralysie labio-glosso-pharyngée, l'alimentation d'abord insuffisante deviendra impossible.

Le second malade est introduit. C'est un homme de 38 ans, marchand de vins et Auvergnat. Il éprouve déjà une difficulté dans l'articulation des mots, cependant il peut encore souffler et siffler, quoique avec difficulté. Il est malade depuis dix ou onze mois et il y en a déjà quatre ou cinq que le diagnostic est porté.

Il éprouve une difficulté de la marche, il saute en marchant comme si « *ses nerfs le repoussaient.* » Il tremble sur ses jambes, car il présente spontanément le phénomène du pied. En saisissant son

membre inférieur on éprouve une certaine difficulté à le fléchir et en obtenir le phénomène du genou avec tous ses caractères pathologiques. Ces signes existent des deux côtés. Ce malade est donc atteint de paraplégie spasmodique. On ne trouve rien ni du côté de la vessie, ni du côté du rectum. Il ne bave pas, mais il avale de travers.

L'examen des membres supérieurs permet de constater qu'il éprouve de la difficulté à mettre ses bras sur sa tête, ce qui est dû à un commencement d'atrophie musculaire. Il présente des secousses fibrillaires qui, sur l'avant-bras, se voient à l'œil nu. On observe également les réflexes tendineux de la main quand on présente les tendons au-dessus des poignets, celui de l'avant-bras quand on passe sur le tendon du triceps.

Cet homme présente les signes de la paraplégie spasmodique et des réflexes tendineux, il est atteint de sclérose latérale amyotrophique.

Comme on l'a vu plus haut, le pronostic est fatal, cet homme est malade seulement depuis un an; dans un an il sera couché, comme la femme de tout à l'heure, dans deux ans, il succombera par les progrès de la paralysie bulbaire qui l'empêchera de s'alimenter.

Tous les essais tentés pour enrayer cette affection ont été inutiles, car on a affaire à une maladie de système nerveux qui a de profondes racines dans le passé, dans l'hérédité et qui est le dernier acte d'un processus morbide contre lequel on ne peut rien.

C'est principalement par la gravité de ce pronostic que l'Atrophie musculaire progressive diffère surtout de la sclérose latérale amyotrophique. La première marche plus lentement et elle peut s'arrêter en chemin, elle n'affecte pas les membres inferieurs, les supérieurs seuls sont attaqués; elle ne présente pas nécessairement, paralysie labio-glosso-phayngée, pas plus que les signes des réflexes tendineux et de la paralysie spasmodique. Si la paralysie bulbaire se produit ce n'est que très tard.

La conférence s'est terminée par de nombreuses projections à la lumière électrique, parmi lesquelles il est bon de signaler celles qui ont rapport aux attitudes et aux facies des malades, et celles qui démontrent que le siége de la maladie se trouve dans les cordons latéraux ou pyramidanx de la moelle épinière. Une projection d'une préparation histologique de la langue permet de constater que tout en conservant son volume normal, cet organe à déjà subi une dégénérescence atrophiquo consistant en ce que les fibres musculaires sont séparées par de larges intervalles remplis de graisse et de tissu conjonctif. Il est fort important de faire remarquer le service que la photographie rend à ce genre d'enseignement en permettant de montrer les attitudes variées des malades avec une vérité qu'il est souvent difficile d'obtenir par le crayon. C'est dire que les projections à la lumière électrique des diverses attitudes des malades atteints d'affection nerveuse, a eu un grand et légitime succès. Quand comprendra-t-on toute l'importance de cet enseignement par les yeux?

REVUE GÉNÉRALE

DE LA MÉTALLOSCOPIE ET DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE

(Fin).

On voit, d'après nos précédents articles, que la première affirmation de M. Burq touchant l'action des armatures métalliques a été vérifiée. Il reste à examiner la valeur de la seconde hypothèse du même auteur sur l'action des métaux administrés comme médicaments internes. C'est l'objet de la *métallothérapie interne*. Nous rappelons ici cette seconde affirmation; une fois que l'on a déterminé, par une série d'essais le métal auquel le malade est sensible, on a la presque certitude, en administrant ce métal à l'intérieur, soit à l'état de poudre, soit à l'état d'oxyde ou de sel, d'obtenir des effets curatifs que l'on aurait vainement demandés aux autres médications.

La commission nommée par la Société de Biologie entreprit des expériences afin d'arriver à éclaircir ces faits. « C'est d'abord avec une certaine hésitation, dit M. Dumontpallier que la commission s'engageait dans cette nouvelle voie, non pas seulement parce que nous pouvions douter des résultats de notre entreprise thérapeutique, mais aussi parce que nous avions à craindre que, si ces expériences ne réussissaient pas complétement, la métalloscopie, elle-même, n'eût un peu à en souffrir. »

La commission s'entoura donc de toutes les précautions nécessaires pour arriver à une conviction. On soumit un certain nombre de malades du service de M. le professeur Charcot, à la Salpêtrière, à l'usage des préparations métalliques, et le soin de d'administrer les doses était confié à l'interne du service, M. Oulmont. Ces expériences furent faites pendant environ trois mois. On s'assurait tout d'abord, cela va sans dire, de l'état hystérique des malades qui devaient être soumises à l'expérimentation.

Une malade, sensible à l'or, prit, chaque jour, une potion contenant 2 centigrammes de chlorure d'or et de sodium; dix-huit jours après on constatait le retour complet de la sensibilité générale et spéciale, de la force musculaire, une amélioration considérable de l'état de santé, et la réapparition des règles, après deux années d'interruption. La potion ayant été supprimée pendant une quinzaine de jours, la sensibilité et la force musculaire diminuèrent de nouveau, pour reparaître encore dès que la malade fut remise à l'emploi du chlorure d'or et de sodium.

Une autre malade, également sensible à l'or, avait éprouvé les mêmes bons effets de l'administration interne du chlorure d'or.

Une troisième malade, sensible au cuivre, fut soumise à l'usage de pilules de bioxyde de cuivre et de l'eau de St-Christau, auxquelles on substitua bientôt les pilules d'albuminate de cuivre, contenant chacune 2 centigrammes, dont on augmenta progressivement le nombre jusqu'à 5. On obtint d'abord une amélioration très marquée; mais, le traitement ayant été suspendu à cause de l'apparition d'accidents gastro-intestinaux dus à l'emploi du cuivre, la malade perdit bien vite ce qu'elle avait gagné. Dès que ces accidents eurent cessé, on reprit l'usage de l'eau de Saint-Christau, à la dose d'un verre matin et soir,

et au bout de dix jours l'état de la malade était devenu satisfaisant.

Deux hystéro-épileptiques, sensibles à l'or, furent soumises à une médication interne appropriée ; la sensibilité et la motilité redevinrent normales, et les accès d'hystérie disparurent, mais non les attaques d'épilepsie, au moins chez l'une d'elles.

Chez une jeune fille atteinte de dyschromatopsie hystérique, chez laquelle l'application externe du métal fut suivie d'un retour complet à la perception des couleurs, on prescrivit les préparations d'or à l'intérieur. On s'aperçut qu'elles ne donnaient pas de résultats appréciables. On rechercha alors si cette malade n'était pas polymétallique; elle ne tarda pas, nous apprend M. Dumontpallier, « à nous fournir elle-même la preuve de son aptitude polymétallique en nous faisant remarquer qu'un dé à coudre en argent rendait la sensibilité au doigt médius. » Dès lors on fit l'application de plaquettes d'argent sur l'avant-bras droit. Le succès fut complet et la guérison s'est maintenue depuis trois mois, c'est-à-dire que tous les symptômes hystériques ont disparu. La jeune malade a recouvré la sensibilité générale ; elle n'a plus de dyschromatopsie. La menstruation est régulière, la santé générale est parfaite.

Chez un malade affecté de cette contracture de la main dénommée *crampe des écrivains*, M. Dumontpallier a vu survenir la guérison par l'application de pièces d'or sur l'avant-bras et de préparations d'or prises à l'intérieur. Il y aurait donc lieu, selon ce savant médecin, d'essayer ce moyen, ne serait-ce qu'à titre d'essai sur les pianistes, les violonistes et les employés à la transmission des dépêches télégraphiques affectés de cette contracture spéciale lorsque les autres médications auront échoué.

Il est difficile, dans l'état actuel de la question, de se prononcer sur la métallothérapie interne. Ce qui est certain c'est que, chez un certain nombre d'hystériques, l'or, le cuivre, le zinc ont amélioré et quelquefois guéri des malades qui n'avaient obtenu aucun bénéfice des autres médications. Mais de quelle façon agissent les métaux pris à l'intérieur ? Est-ce par les propriétés physiologiques propres à chacun d'eux ou bien est-ce en raison des mêmes propriétés qui les rendent actifs quand ils sont appliqués sur le tégument externe? La question, encore une fois, n'est pas résolue. Cependant il est bien plus rationnel d'admettre que ces métaux, quand ils ont été suivis d'effets thérapeutiques, agissaient comme reconstituants. M. Vigouroux conclut, comme M. Burq, que les métaux, administrés suivant sa méthode, peuvent rendre les mêmes services, ni plus ni moins que le fer, par exemple, lorsqu'il est réellement indiqué.

A ce propos nous citerons un fait bien intéressant rapporté par M. Dumontpallier. Il s'agit d'une chlorotique traitée dans son service. Cette jeune fille, comme il est très fréquent de l'observer dans la chlorose, présentait des troubles nerveux. Elle avait le teint blanc mat, un peu verdâtre; la figure était un peu bouffie ; il y avait un peu d'œdème des membres inférieurs, et un souffle continu avec redoublement systolique dans les vaisseaux du cou. Il n'existait point de lésion organique des viscères. Deux fois déjà cette malade était entrée dans un hôpital pour la même maladie, et les préparations ferrugineuses lui avaient toujours été utiles. M. Dumontpallier prescrivit d'abord le citrate de fer ammoniacal ; mais il fallut en suspendre l'usage, parceque ce médicament déterminait des douleurs d'estomac. On remplaça le citrate de fer par le fer réduit, et bientôt les douleurs d'estomac ayant disparu, le visage de la malade reprit une meilleure couleur.

M. Dumontpallier eut alors seulement l'idée de rechercher chez cette malade, *anesthésique* à gauche, si l'application externe du fer ramènerait la sensibilité, et effectivement le fer fit disparaître l'anesthésie et on obtint le phénomène de transfert. C'est là, comme le dit l'auteur de cette observation, une démonstration *à posteriori* de l'aptitude métallique, puisque les heureux effets du fer à l'intérieur avaient été antérieurement observés.

Pour M. Dumontpallier il est admissible que le métal, quelle que soit la part quo l'on veuille accorder aux actes de la physique et de la chimie, n'a peut-être qu'une action catalytique, une action de présence sur la muqueuse gastro-intestinale, de même que sur la peau. Il déterminera, par sa présence dans l'organisme, des modifications du système nerveux dont la résultante finale sera le retour physiologique des grandes fonctions de l'économie, et partant la disparition progressive des diverses manifestations de la diathèse hystérique.

Il est établi depuis longtemps, dit-il encore, que les diverses préparations ferrugineuses sont administrées souvent avec succès dans la chlorose, et cependant personne ne soutiendrait aujourd'hui que la reconstitution de l'hémoglobine est exclusivement due, dans les cas heureux, à l'absorption du fer. En effet, cette reconstitution du sang est manifeste pour le clinicien à une époque où de très faibles doses de fer ont pu être utilisées par l'absorption, dont le bénéfice thérapeutique obtenu ne saurait donc être rapporté à l'absorption du métal, et cette remarque conduit à supposer que le fer a une action catalytique.

Des objections ont été faites aux résultats observés en France par l'application des métaux et notamment par Hugues Bennet, Carpenter. Nous ne croyons pas nécessaire de nous y arrêter. Elles reposent sur l'idée que les médecins qui ont décrit les phénomènes dont nous venons d'entrenir nos lecteurs, se sont laissés duper par leurs malades. Il est bien permis de dire que réfuter une semblable opinion serait perdre son temps. Insinuer que des hommes comme MM. Charcot, Dumontpallier, Luys, Regnard, Vigouroux, Gellé, Debove, Proust, etc., ont été le jouet de leurs malades, n'est pas sérieux.

Il nous resterait à conclure. La métalloscopie et la métallothérapie sont entrées depuis trop peu de temps dans la pratique et les expériences ont encore besoin d'être répétées et variées pour que des conclusions puissent avoir un degré suffisant de précision pour convaincre ceux qui ne veulent pas être convaincus.

Toutefois nous donnerons ici les conclusions du travail si remarquable du D[r] Douglas Aigre.

1° La métallothérapie, et nous entendons par là les plaques métalliques, l'électricité, le solénoïde et l'aimant, a une influence incontestable sur divers troubles nerveux.

2° Cette influence s'exerce surtout sur les anesthésies, soit de la sensibilité générale, soit de la sensibilité spéciale. Ce n'est pas d'ailleurs seulement les anesthésies do nature hystérique qui sont justifiables de ce genre de traitement. Les observations démontrent pleinement que dans les anesthésies toxiques (alcoolisme et saturnisme) ainsi que dans les anesthésies organiques (hémorrhagies), l'action métallothérapeutique est aussi incontestable que dans les cas d'hystérie. *Bien plus, les résultats obtenus dans ces deux dernières catégories de maladies présentent cet avantage considérable qu'ils sont permanents :* il n'y a pas de transfert et la guérison est *définitive*. Dans l'hystérie, au contraire, la plupart du temps les résultats obtenus ne sont que de courte durée, et le phénomène du transfert ne permet d'ailleurs de les considérer que comme une amélioration momen-

tanée. Néanmoins, *même chez les hystériques*, il y a des exceptions, et des cas de guérison définitive.

3° Les trois agents de la métallothérapie donnent lieu d'une façon générale à des effets identiques. Cependant il y a des cas où l'un d'eux agira là où les autres auront échoué. On ne doit donc renoncer à l'espoir de succès qu'après les avoir expérimentés successivement tous les trois. Peut-être arrivera-t-on à assigner à chacun d'eux un domaine propre.

4° La métalloscopie peut rendre de grands services comme moyen de diagnostic dans certains cas d'hystérie fruste, soit en dévoilant la nature de certains troubles du côté de la vision, soit en faisant naître une anesthésie expérimentale là où la sensibilité était parfaitement normale.

5° La métallothérapie a désormais droit de cité dans la thérapeutique.

Enfin, nous pouvons ajouter que les aimants, dans des cas de paralysies dues au défaut d'incitation (par anesthésie) des centres moteurs, peuvent réveiller l'activité de ces centres et amener la guérison des paralysies motrices.

Il est permis de dire encore que, dans certains cas d'hystérie avec douleurs violentes, céphalalgie, etc., qui empêchent tout sommeil, l'application des aimants trouvera une indication thérapeutique utile, puisqu'el e évitera au médecin d'avoir toujours recours aux injections de chlorhydrate de morphine.

Quant à la metallothérapie interne, il est à peu près impossible ou du moins prématuré de conclure sur sa valeur réelle comme méthode thérapeutique.

Nous donnons ici la théorie ingénieuse proposée par M. Debove pour expliquer les faits curieux dont nous avons entretenu nos lecteurs dans le dernier numéro.

« Les lésions qui ont causé nos hémiplégies sont d'origine fort diverses (1), mais elles ont toutes un caractère commun; elles s'accompagnent d'hémianesthésie cutanée et sensorielle, et ce sont ces hémiplégies seules que nous avons pu guérir.

L'hémianesthésie étant le phénomène constant et capital, cherchons comment on pourrait expliquer sa guérison.

Voici, à ce sujet, l'opinion de M. Charcot : « Dans le cas actuel, disent MM. Landolt et Oulmont, et c'est là une hypothèse qui s'abrite sous le nom de notre maître, M. Charcot, ne peut-on supposer aussi que la lésion en foyer qui a causé il y a douze ans, chez R..., l'hémiplégie motrice et sensible, n'a détruit réellement qu'un petit nombre de ces fibres sensibles; les autres, frappés simplement de stupeur, ont désappris l'activité fonctionnelle, mais sont restés intacts; il a donc suffi, pour secouer leur torpeur, pour leur rendre leur conductibilité, du plus léger ébranlement, de celui que peut causer la simple application d'un métal. »

Notre théorie se rapproche de celle de M. Charcot. Nous croyons que les impressions peuvent, dans le cerveau, suivre des voies diverses; en un mot, que les fibres sensitives de l'encéphale présentent la conductibilité indifférente. Quelle grave objection peut-on faire à une théorie acceptée depuis longtemps par les physiologistes pour expliquer la transmission des sensations par la substance grise de la moelle? On sait, en effet, que cette dernière peut être sectionnée profondément, et que la sensibilité persistera tant qu'il y aura encore, par un un point quelconque, continuité de la substance grise. D'autres expériences montrent bien encore la conductibilité indifférente, on sectionne la moelle à la région lombaire du côté droit en dépassant la ligne médiane; à la région cervicale, on pratique une section latérale gauche dépassant la moitié de l'organe; dans ces conditions, la sensibilité persiste, et l'animal, ce qui est plus extraordinaire, a encore la notion du point excité. Ce sont ces faits, aujourd'hui classiques, qui ont conduit les physiologistes à admettre pour les fibres sensitives de la moelle la conductibilité indifférente. Cette théorie a été exprimée avec une netteté remarquable par M. le professeur Vulpian.

Il faut admettre, dit ce savant maître dans un chapitre (1) qu'il faudrait citer en entier, qu'il n'y a pas de route déterminée dans la substance grise de la moelle épinière pour la transmission des impressions sensitives... Il est probable que dans l'état normal, lorsque la moelle épinière est intacte, les impressions suivent constamment une certaine route toujours la même; mais si cette route est coupée ou rendue impossible par une lésion quelconque, la transmission se poursuit sans doute par des voies de traverse, jusqu'à ce que, par l'intermédiaire de ces voies, elles puissent regagner leur chemin ordinaire a une distance plus ou moins grande des points où elles ont dû le quitter.

On peut, par analogie, admettre que, dans l'encéphale, les impressions suivent d'habitude certaines voies; lorsque ces voies sont interrompues par le fait d'une lésion, les impressions peuvent prendre des voies collatérales, des chemins de traverse, mais il faut les ouvrir, une excitation produite par l'aimant (d'autres agents pourraient vraisemblablement produire le même effet) est suffisante pour frayer aux impressions venues de la périphérie une route qui ne leur est pas habituelle.

Cherchons maintenant à nous rendre compte de la guérison de la paralysie motrice.

On a déjà remarqué depuis longtemps, que les sujets hémianesthésiques avaient en même temps une hémiplégie du mouvement ; on l'expliquait en disant que la lésion n'était pas limitée aux faisceaux sensitifs, qu'elle empiétait sur les faisceaux moteurs. Il nous semble que si, dans nos observations, les faisceaux ou centres moteurs avaient été le siége de lésions destructives, nos paralytiques n'eussent pas guéri. Nous croyons qu'il s'agissait de paralysies motrices dépendant d'une anesthésie, Voici les arguments sur lesquels nous pensons pouvoir nous appuyer :

1° Toutes nos tentatives pour modifier par l'action d'un aimant les paralysies purement motrices sont restées sans résultat.

2° Dans toutes nos observations, la paralysie de la motilité a été guérie, mais il y avait en même temps paralysie de la sensibilité (cutanée et des sens spéciaux).

3° Chez les hystériques hémianesthésiques, il est habituel de rencontrer du côté anesthésié un affaiblissement de la motilité.

4° Lorsque, chez un hystérique hémianestésique qui a un affaiblissement de la motilité du côté correspondant, on réussit à produire le phénomène du transfert, il y a transfert non-seulement de l'anesthésie, mais aussi de la paralysie motrice ; celle-ci est tellement un résultat de la première, qu'elle l'accompagne dans ses déplacements

5° Dans tous les faits publiés dans les thèses de M. Veyssière et de M. Raymond, qui sont dus à MM. Turck, Charcot, Vulpian, Bourneville, etc.; l'hémi-

(1) On pourrait discuter la cause de l'hémiplégie dans les observations que nous avons rapportées. Nous ferons remarquer que, si le diagnostic de l'hémiplégie est toujours facile, on arrive rarement d'une façon *certaine* à en reconnaitre la cause, au lit du malade.

(1) Art : Moelle, dans le dict. Encyclopédique.

plégie motrice, à des degrés divers, accompagne toujours l'hémianesthésie ; il en est de même des fatis rapportés dans la thèse de M. Hamant et dus à MM. Allen Sturge, Hanot, Vulpian, Raymond, Brochin. Nous connaissons bien quelques observations où la parésie n'a pas été notée, mais il n'est pas mentionné non plus qu'elle fût absente ; elle aura pu échapper d'autant plus facilement que, dans la grande majorité des cas, ces hémiplégies du mouvement sont légères.

On peut expliquer de même l'hémichorée (de cause organique). que nous avons toujours vue liée à l'hémianesthésie.

Nous étendrons aussi notre théorie à la contracture dont nous avons observé la guérison (obs. II) Si elle avait été produite par une sclérose des cordons latéraux, elle ne fût pas survenue à une époque aussi rapprochée de l'attaque initiale, et nous ne l'aurions vraisemblablement pas guérie par une simple aimantation. On peut encore ici rappeler ce qui se produit dans l'hystérie, où la contracture survient toujours du côté anesthésié. On en obtient la guérison (comme nous l'avons vu maintes fois à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot), en rappelant la sensibilité par des agents esthésiogènes, tels que l'aimant. Quelquefois, il se produit une contracture du côté opposé ; ce phénomène est lié au transfert, et montre que la contracture est tellement sous l'influence de l'anesthésie, qu'elle peut la suivre dans ses déplacements, ainsi que nous l'avons déjà indiqué pour la paralysie de la motilité.

De ces diverses considérations, nous nous croyons autorisés à conclure que la paralysie motrice, la contracture, l'hémichorée, que nous avons observées tenaient à une lésion des fibres sensitives n'intéressant pas les fibres motrices.

Il n'y a d'ailleurs rien d'extraordinaire dans cette influence de la sensibilité sur le mouvement. On admet depuis longtemps des paralysies réflexes, et cette question se trouve discutée dans le Traité classique de M. le professeur Jaccoud (1). Les paralysies ne sont pas très rares à la suite des névralgies ; nous n'en voulons pour preuve que les faits empruntés à divers auteurs et rapportés par M. Hybord (2), dans lesquels des paralysies oculaires succédèrent à des zones ophthalmiques. Citons en dernier lieu l'ataxie locomotrice, maladie caractérisée anatomiquement par des lésions des nerfs de la sensibilité, et dont l'incoordination motrice est le phénomène capital. Nous voyons encore, dans cette maladie, survenir de véritables paralysies des muscles de l'œil et d'autres muscles encore, comme on pourra s'en assurer, notamment par la lecture du travail de M. Pierret (3). Nous ne rappelons ici que pour mémoire les nombreuses expériences de physiologie qui démontrent l'influence de la sensibilité sur la motilité (4).

Tout ce qui a été dit jusqu'à présent concerne les hémiplégies avec hémianesthésie d'origine organique. Mais plusieurs des points que nous avons indiqués peuvent également s'appliquer à l'hystérie. Dans cette névrose, les paralysies de la motilité accompagnent ordinairement les paralysies de la sensibilité, si bien qu'elles les suivent, avons-nous dit, dans leurs déplacements. Ce déplacement, ce transfert, pour employer l'expression désormais consacrée, est la règle dans l'hystérie, l'exception dans les hémianesthésies de cause organique ; nous en citons un cas (obs. VI). Il paraît indiquer une résistance plus grande du mal aux agents thérapeutiques ; à ce point de vue, c'est un signe qui aggrave le pronostic.

(1) Jaccoud. *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement*, p. 336. Paris, 1864.

(2) Hybord. *Du zona ophthalmique et des lésions oculaires qui s'y rattachent.* Thèse de Paris, 1872, p. 75.

(3) Pierret. *Essai sur les symptômes céphaliques du tabes dorsalis* Thèse de Paris, 1874.

(4) Nous rappelons que M. le professeur Sée a attribué aux anesthésies un rôle considérable dans le développement des paralysies motrices d'origine diphthérique. « La nature de ces paralysies, écrit notre savant maître, n'est pas moins caractéristique que leur mode de succession ; il n'existe pas, pour ainsi dire, de paralysie du mouvement, sans qu'elle n'ait été précédée ou accompagnée de troubles, et particulièrement de diminution de la sensibilité : les malades se plaignent d'engourdissement et de fourmillements dans les membres, avec ou sans douleurs articulaires. Si ces phénomènes subjectifs viennent à manquer, que l'on interroge la sensibilité plus attentivement, surtout par la faradisation de la peau, et l'on se convaincra facilement de l'existence presque constante d'une anesthésie ou d'une analgésie des plus évidentes. La solidarité entre la perte de la sensibilité et la faiblesse musculaire est telle, qu'on est en droit de se demander si l'une n'est pas le résultat de l'autre. » (G. Sée, *Des paralysies consécutives avec angines et avec fièvres*, UNION MÉDICALE et *Bulletin* de la Société médicale des hôpitaux, 1860.)

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'OXALATE DE CÉRIUM DANS LE CHOLÉRA INFANTILE

Dans le n° 9 du *Concours médical*, l'auteur anonyme d'un bon article sur le traitement de la diarrhée des enfants, s'occupe incidemment du choléra infantile, qu'il propose d'appeler *entéro-colite cholériforme*. Il y reconnaît, avec raison, deux périodes successives : une période d'algidité fort courte, d'une durée de 24 à 36 heures au plus, et une période typique, susceptible de se prolonger pendant plusieurs jours. « Il faut donc, dit-il, agir vite, agir énergiquement, et malheureusement les moyens dont nous disposons sont trop souvent impuissants. » A cet égard, il ne trouve rien de mieux à faire que de suivre le traitement préconisé par Trousseau, à la relation duquel il ajoute les réflexions suivantes : « Il est inutile aussi de dire que toute médication échoue souvent. Le choléra infantile fait chaque année un grand nombre de victimes. »

Depuis 19 ans, Monsieur le Directeur, que les publications de Simpson ont fait connaître les résultats avantageux dus à l'oxalate de cérium dans les cas de vomissements incoercibles, j'emploie avec un bonheur à peu près constant ce nouvel agent thérapeutique dans le choléra infantile, et, fort d'une aussi longue expérience, je crois le moment venu d'en faire part au public médical. J'espère que d'autres, à leur tour, ne tarderont pas à acquérir la conviction que la médication découverte par le célèbre professeur d'Outre-Manche est destinée à combler heureusement la lacune que signalait naguère votre distingué collaborateur.

En somme, dans 17 cas très caractérisés, dont je donnerai plus loin un spécimen, je compte 16 succès complets, et, dans le 17°, l'échec pourrait être imputé à la négligence des parents, qui ont malheureusement laissé passer le moment opportun pour agir efficacement, c'est-à-dire le premier jour de la maladie. Cette longue série de cas favorables, quoique tous d'une gravité extrême, dans lesquels j'eusse été naguère presque désarmé, m'a inspiré un tel degré de confiance dans l'efficacité de l'oxalate de cérium, que je suis en droit de me demander s'il ne rendrait pas aussi les plus grands service dans le choléra asiatique. Avis aux praticiens servis par les circonstances pour résoudre la question.

Introduit dans la thérapeutique, il y a juste 20 ans, par Simpson d'Edimbourg, qui le recommandait principalement contre les vomissements de la grossesse (*Med. Times and Gaz.*, 17 septembre 1859), ce médicament a été, depuis cette époque, employé par un grand nombre de médecins, tant anglais qu'américains, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre en jetant les yeux sur la liste des travaux suivants :

Dr Ch. Lee, in *Amer. Journ. of med. science*, octobre 1860 ;

Dr W.-H. Jones, in *Chicago med. Journ.*, février 1861 ;

Albert Leyd, in *The Lancet*, 30 novembre 1861 ;

Georges Morris, même numéro de *The Lancet* ;

W. C. F., in *Med. Times and Gaz.*, 11 janvier 1862 ;

J.-W. Curran, in *Med. Press and Circul.*, 14 juillet 1869 ;

S.-A. Lucas, même journal, 4 août 1869 ;

Edwin Bush, in *British med. Journ.*, 27 novembre 1869 ;

F.-K. Bailey, in *Med. and surg. Reporter*, 9 janvier 1875 ;

Enfin, Ch.-K. Mills, in *Philadelphia med. Times*, 8 janvier 1876.

Tous s'accordent à vanter les bons effets de l'oxalate de cérium contre les vomissements de la grossesse, de l'hystérie et surtout de la dentition.

Sans doute, par ces derniers, ils entendent le symptôme principal, le plus menaçant et le plus immédiatement alarmant de ce que nous appelons en France le choléra infantile.

Mais, qu'est-ce que le choléra infantile, cette maladie terrible qui, en peu d'heures, précipite les enfants en bas-âge dans la tombe, et qui est assez commune pour en moissonner chaque année une multitude, sans que, jusqu'à ces derniers temps, on ait été convenablement armé pour lutter victorieusement contre la prompte sidération qu'elle occasionne ? Est-ce une simple indigestion stomacale, avec entérite consécutive ? Est-ce une gastrite ? Est-ce une gastro-entérite ? Est-une entéro-colite exclusivement, soit idiopathique, soit sympathique de la dentition ?

Il y a un double fait indéniable, c'est qu'à l'autopsie, on ne trouve pas les lésions de la gastrite, mais seulement celles de l'entéro-colite. En dehors de la coexistence du muguet, la gastrite chez les petits enfants, paraît être un véritable mythe. Billard, grand partisan de la gastrite, ne peut en citer qu'un seul cas, et encore ne dit-il pas si le muguet existait ou non concurremment. Les trois cas de ramollissement gélatiniforme de l'estomac, qu'il rapporte, ne sont autre chose qu'une extension du muguet à la muqueuse stomacale. Il ne saurait donc être question de gastrite dans le choléra infantile. Les vomissements dans cette dernière maladie, doivent être attribués à d'autres causes. Tantôt ils sont occasionnés par l'indigestion stomacale, ce qui est bien souvent le cas ; tantôt ils sont sympathiques, et alors de deux choses l'une : ou bien ils sont sous la dépendance médiate d'une entéro-colite primitive ; ou ils proviennent d'une influence occulte exercée sur le pneumo-gastrique par le principe morbifique quel qu'il soit, de la maladie.

En tous cas, la phlegmasie intestinale étant incontestable et incontestée, il ne reste plus qu'à opter entre deux causes prochaines, l'une et l'autre fort plausibles, l'entéro-colite primitive d'une part ; d'autre part l'indigestion stomacale accompagnée de phénomènes réflexes redoutables du côté du pneumo-gastrique et du grand sympathique abdominal, avec entéro-colite consécutive. Mes observations sont de nature à me faire pencher vers cette seconde hypothèse. Il y a lieu seulement de se demander comment il se fait que tantôt l'indigestion reste bénigne et très facilement curable, tantôt, au contraire, se complique des accidents graves, trop souvent mortels du choléra infantile : question insoluble pour le moment. Tout ce que l'on peut dire, c'est que le choléra infantile se montre principalement en été, à l'époque où apparait aussi le choléra sporadique. J'ai remarqué encore qu'il atteint plutôt les enfants nourris au biberon que ceux qui sont allaités par une nourrice.

Je pourrais rapporter ici les diverses observations que j'ai recueillies depuis que j'ai recours au traitement écossais. Mais pour ne pas fatiguer le lecteur par de fastidieuses répétitions, je me bornerai à la suivante :

OBSERVATION.

Alfred Félix, de Plancher-Bas, âgé de 14 mois, habituellement bien portant, sevré depuis un quinzaine de jours, est pris tout à coup de vomissements et de diarrhée, le 27 juillet 1877. Son état devenant visiblement et rapidement très alarmant, je suis appelé auprès de lui dans la même journée.

Je le trouve en proie à une anxiété continuelle et à tous les symptômes du choléra infantile : algidité, cyanose des lèvres et des ongles, yeux enfoncés ternes ; pouls faible et fréquent, à 140 environ ; langue saburrale avec tendance à la sécheresse ; soif inextinguible ; ventre légèrement balonné ; toute ingestion de boisson est immédiatement suivie de vomissements ; diarrhée ; suppression des urines.

Pour tout traitement je formule la prescription suivante :

Prenez : { Oxalate de cérium. . 20 cent.
{ Sucre. . . . . 9 —

M. et triturez avec soin. Div. en 10 paquets.

T. Un paquet toutes les heures, dans une cuillerée d'eau froide. Diète.

Le petit malade n'avait pas absorbé plus de la moitié des paquets, que déjà les vomissements étaient enrayés. En même temps la chaleur revenait peu à peu aux régions découvertes ; le facies prenait un meilleur aspect ; l'anxiété faisait place à un sommeil réparateur. L'enfant était sauvé, mais la diarrhée persistait.

Traitement. — Continuation des paquets ; infusion de camomille coupée d'une cuillerée de lait et sucrée. Pour le lendemain matin, 2 décigram. de calomel en une fois dans une cuillerée à café de crème.

36 heures après le début de sa maladie, qui avait inspiré avec raison de si grandes inquiétudes, l'enfant metamorphosé en quelque sorte, pouvait être regardé comme entré définitivement en pleine convalescence.

En général, plus les symptômes sont violents, plus la maladie est courte, quelle qu'en soit l'issue. La moyenne de sa durée ne dépasse guère 48 heures.

L'oxalate de cérium, on en conviendra, s'est montré véritablement héroïque dans le cas précédent, il n'a pas été moins précieux dans l'immense majorité des cas du même genre que j'ai été à même d'observer. Faisons maintenant plus ample connaissance avec ce nouveau médicament.

C'est une poudre d'un blanc grisâtre, sans odeur et sans saveur, *insoluble* dans l'eau chaude ou froide, ainsi que dans l'alcool et dans l'éther, soluble seulement dans l'acide sulfurique. Aussi pour faciliter l'absorption de cette substance, est-il bon de la réduire en poudre parfaitement impalpable.

Dans cet état de division extrême, elle forme avec l'eau par agitation, une sorte de lait pareil à un lait de chaux et il n'est pas démontré qu'elle ne puisse ainsi être admise dans les vaisseaux absorbants de l'intestin et passer dans le torrent circulatoire. Je

dois avouer néanmoins que j'ai recherché en vain la présence du sel de cérium, dans les urines, douze heures environ après l'ingestion du médicament. Je n'ai obtenu aucun précipité, ni par le chlorure de calcium qui décèle les moindres traces d'acide oxalique, en donnant lieu à la formation d'oxalate de chaux insoluble, ni par le cyanure de potassium et de fer qui, dans une solution d'un sel de cérium fournit un précipité blanc susceptible de se dissoudre dans l'acide azotique et dans l'acide chlorhydrique.

Quel est donc le mode d'action de cet agent insoluble ? Diverses interprétations se sont produites à cet égard. Selon Simpson, c'est un sédatif tonique de l'estomac, à la manière du sous-nitrate de bismuth. Exprimant la même idée sous une autre forme, Mills pense qu'il agit en diminuant l'excitabilité réflexe du canal alimentaire. Mais l'une et l'autre hypothèse impliquent l'absorption au moins partielle du médicament. Selon Pereira l'insolubilité absolue du sel de cérium s'oppose à toute interprétation fondée sur le passage du nouveau médicament dans la circulation et il n'agirait que comme un simple protecteur local. Voilà, selon nous, une explication qu'il est bien difficile de comprendre, car on ne voit pas trop à quelle protection on a affaire ici.

N'est-il pas plus rationnel de supposer, jusqu'à preuve du contraire, que l'oxalate de cérium, réduit en poudre impalpable par une trituration prolongée et tenu en suspension dans les liquides gastro-intestinaux, subit une décomposition au moins partielle, sous l'empire des agents qui s'y trouvent à l'état naissant, et parvient à s'introduire, en aussi faible proportion que l'or voudra dans la circulation ? Ne voyons-nous pas dans la nature des composés tout-à-fait insolubles, tels que les silicates empruntés aux roches plutoniques, se décomposer peu à peu sous l'influence de causes qui nous échappent encore, se dissoudre et être assimilés par la plante ? On sait que telle est l'origine de la potasse que l'on trouve dans les végétaux, indépendamment de l'intervention de la culture. Si notre hypothèse a quelque fondement, nous en trouverons ultérieurement la confirmation en examinant avec soin toutes les excrétions qui servent de portes de sortie aux substances minérales ou au res dont l'économie se débarrasse après ou sans assimilation préalable, par exemple la salive, les sécrétions pulmonaires et, de nouveau, les urines.

En attendant, dans le but de rechercher si la supposition précédente a quelque fondement, nous avons fait réagir de l'urine naturellement acide, à une douce température, sur une petite quantité d'oxalate de cérium. On sait que l'acidité de l'urine est due à la présence d'un phosphate acide de désassimilation ou monométalliques. Or, Blondlot affirme que l'acidité du suc gastrique est due à la même cause et rien, selon nous, n'a renversé son hypothèse d'une manière irréfutable, car, d'une part le suc gastrique, en présence d'un carbonate, n'exerce pas l'action caractéristique d'un acide libre ; d'autre part, la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique est contestée par les uns ; celle de l'acide lactique par les autres. Pour nous, nous y avons en vain cherché le premier. M. Rabuteau affirme de son côté que le suc gastrique normal ne contient aucune trace du second, qui ne s'y rencontre que dans les cas d'indigestion. Voilà pourquoi, à défaut du suc gastrique, nous avons choisi l'urine à titre de dissolvant.

Il nous a semblé que notre essai avait fourni un résultat positif. Après le traitement, le liquide filtré contenait des traces d'oxyde de cérium, car il donnait directement un léger précipité par l'addition d'une solution de cyanure de potassium et de fer. Je ne parle pas du précipité blanc par l'ammoniaque ou par le sulfhydrate de la même base, car ces deux réactifs ont l'inconvénient de troubler manifestement l'urine normale.

Etant admis un certain degré de solubilité de l'oxalate de cérium dans le suc gastrique, reste à savoir si ce composé salin agit par sa base ou par son acide. Selon Orfila, les sels *solubles* de cérium sont tellement peu actifs qu'ils n'ont pas même déterminé le vomissement chez les chiens auxquels on les a administrés. Injectés *à forte dose* dans le système veineux, ils tuent néanmoins instantanément non pas en détruisant l'irritabilité du cœur, ni en coagulant le sang, mais en donnant lieu à une congestion cérébrale (Gmelin).

Pour que cette dernière remarque pût servir à établir le mode et l'intensité d'action des sels solubles de cérium, il faudrait avant tout déterminer quelle est la part exclusive qui revient à ces derniers et ne pas confondre leur action avec l'introduction de l'air ou d'une grande quantité de véhicule dans le système veineux. Jusqu'à plus ample informé, on est autorisé à penser que les sels solubles de cérium sont fort peu actifs, que les sels insolubles ne le sont pas du tout, et conséquemment que dans l'oxalate de ce métal, l'oxide de cérium n'a d'autre effet que de neutraliser l'action trop énergique de l'acide avec lequel il est combiné.

Quant à l'acide oxalique, on ne connait guère ses effets qu'à dose toxique. Ingéré à un état de grande concentration, il irrite ou corrode l'estomac et détermine la mort par l'affection spasmodique du système nerveux. Etendue d'eau, il n'exerce plus d'action inflammatoire sur l'estomac et néanmoins ses effets sont encore plus rapides. Il est absorbé et porte son influence principalement sur les poumons, qui offrent des taches d'un rouge vif. Le pouls devient imperceptible, et cette faiblesse extrême est accompagnée d'un froid glacial, d'une sueur gluante et quelquefois de la lividité des ongles et des doigts. L'oxalate de potasse engendre des effets semblables. Naturellement l'énergie de l'acide doit être considérablement tempérée dans un composé insoluble. Mais il est probable qu'elle n'est pas entièrement absolue et qu'elle s'exerce dans le même sens. Il semble donc que l'oxalate de cérium agisse dans le choléra infantela, en vertu de l'axiome *similia similibus,* comme le sulfate de quinine qui guérit la fièvre intermittente et qui est capable d'en produire chez l'individu sain, une copie plus ou moins fidèle. Telle est l'idée que l'absence de recherches expérimentales satisfaisantes, on peut se faire un mode d'action de l'oxalate de cérium, à la condition qu'il soit absorbé en certaine proportion.

En ce qui concerne la partie réfractaire à l'absorption, on conçoit qu'elle ne reste pas inerte à la façon d'un *caput mortuum* et qu'elle engendre quelques effets utiles, grâce à son état pulvérulent. On n'ignore pas que, dans la nature, certaines réactions chimiques sont favorisés par l'intervention des matières poreuses. Il peut en être de même dans l'estomac, à la faveur de la présence de l'oxalate de cérium. Indépendamment de cela, il y a à considérer l'absorption par une matière pulvérulente des sucs gastriques altérés ou anormalement abondants. C'est là un résultat dont on comprendra toute l'importance si l'on veut bien se rappeler que, dans la gastrorrhée, l'aspiration et la soustraction des sécrétions gastriques en excès au moyen d'une pompe ou d'un siphon produit les résultats les plus avantageux.

En dernier lieu, examinons quelle est la dose du sel de cérium appropriée aux différents âges, s'il y a une dose maximum qu'il serait imprudent de dépas-

ser, enfin quel est le degré d'innocuité de cette substance à dose élevée.

Aux enfants, mes devanciers et moi-même avons généralement administré de 1 à 3 centigrammes toutes les heures, jusqu'à concurrence de 10 à 30 centigrammes par jour. A-t-on affaire à un adulte, la dose peut-être portée à 1 décigramme chaque heure. Toutefois, comme il s'agit d'un sel à peu près insoluble il est probable que les doses précédentes pourraient être élevés sans aucun inconvénient bien au-delà des limites prescrites. Car les effets toxiques d'une substance dépendent moins de la dose ingérée que de la quantité absorbée Or, dans les cas particulier que j'envisage, l'absorption du médicament est subordonnée à la composition des sucs gastro-intestinaux.

On a proposé la forme pilulaire, la suspension dans un liquide mucilagineux. Mais la poudre est une préparation plus simple, d'un usage plus commode, souvent d'un effet plus sûr et qui m'a paru répondre à tous les besoins.

En résumé, tout est encore bien obscur dans la question de savoir comment agit l'axalate de cérium. Nous espérons que cette question ne tardera pas à être élucidée par l'étude comparée des autres composés oxaliques et de l'acide lui-même. Déjà ce dernier a fait son apparition sur la scène de la pratique médicale. Le Dr Cornilleau qui l'a expérimenté à la dose de un gramme et demi par jour, assure l'avoir trouvé très-efficace dans la dipthérie (croup et angine couenneuse).

Quand nous connaîtrons bien les effets de l'acide oxalique et de l'oxalate de potasse à dose médicamenteuse, il sera facile de dégager la part qui revient à l'oxide de cérium ou à l'acide oxalique dans les effets curatifs dus à l'oxalate de cette base.

Dr V. POULET,
De Plancher-les-Mines (Haute-Saône).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

DES ASSURANCES MUTUELLES ENTRE MÉDECINS

Monsieur et très honoré confrère,

Vous m'avez fait l'honneur de parler, dans le *Concours médical*, du travail que j'ai présenté à l'Association des médecins de la Loire-Inférieure et à l'Association générale des médecins de France, dans le courant de l'année 1876, et vous me priez de vouloir bien vous en faire une analyse succincte, afin de mettre vos lecteurs au courant d'une question si intéressante ; je viens déférer à votre désir, dans l'espoir que mon projet sera repris sérieusement un jour et traité avec toute l'attention qu'il mérite.

Je pose en principe que notre association devrait être instituée de telle sorte que chaque sociétaire eût droit à une retraite. et je prouve qu'avec une cotisation, variable suivant l'âge d'admission (de façon à ce que tous les sociétaires aient fourni le même capital au moment de la retraite), on peut constituer à tous les sociétaires, à un âge déterminé, une retraite progressive, c'est-à-dire de plus en plus considérable d'année en année, à partir d'une certaine époque. Ce mode de fonctionnement diffère complétement des opérations faites, soit par les assurances sur la vie, soit par la caisse de retraites fondée par l'Etat, qui donnent et qui donneront toujours la même retraite invariable à tous leurs assurés pour un même capital versé.

Quelle que soit l'aridité d'un pareil travail, il est indispensable, pour arriver à une démonstration d'avoir recours à des chiffres, ot pour obtenir une cotisation proportionnelle à l'âge, j'ai supposé un jeune docteur âgé de vingt-cinq ans, versant tous les ans 50 francs jusqu à l'âge de 60 ans, cette somme capitalisée à 4 1/2 0/0, donne un total de 4,076 francs ; je me suis demandé alors quelle somme il faudrait verser à 26, 27 et 28 ans, etc., pour obtenir le même résultat.

Le tableau suivant résume ce travail :

AGES.	COTISATIONS.	MONTANT DES COTISATIONS à 60 ans pour chaque Sociétaire.
25 ans.	50 »	
26 —	52 89	
27 —	56 01	
28 —	59 33	
29 —	62 93	
30 —	66 80	
31 —	70 96	
32 —	75 49	
33 —	80 35	
34 —	85 64	
35 —	91 45	
36 —	97 68	
37 —	104 70	4.076 66
38 —	112 27	
39 —	120 61	
40 —	129 82	
41 —	140 25	
42 —	151 73	
43 —	164 67	
44 —	179 32	
45 —	195 99	
46 —	215 31	
47 —	237 62	
48 —	263 57	
49 —	294 46	
50 —	331 13	

Dans un mémoire, j'indique par des chiffres comment, avec cette cotisation, on peut constituer dix ans après la création d'une Société pareille 600 francs de rente viagère à tous les membres de l'association ayant atteint l'âge de 60 ans et la moitié de cette rente aux veuves et aux orphelins.

Les calculs que j'ai faits portent sur 2,600 médecins que j'ai pris à des âges différents, j'ai calculé les chances de mortalité à chaque âge de chacun de ces médecins pendant trente-deux ans, de 1876 à 1908, en même temps que celles de nouveaux sociétaires qui, venant chaque année combler les vides, renouvellent et entretiennent le nombre des sociétaires au même chiffre de telle sorte qu'il arrive fatalement une époque à laquelle tous les membres fondateurs ont disparu et sont remplacés par un nouveau personnel.

D'après les calculs de probabilité, tous les membres, âgés de 60 ans au moment de la répartition, auront disparu en 22 ans, sans que le personnel des sociétaires en soit diminué : si donc, la disparition de cette première série de retraités, amène une augmentation au lieu d'une diminution dans les recettes, il en sera de même des séries suivantes, et la caisse s'enrichira de plus en plus au profit des nouvelles séries, qui auront droit à la répartition.

Mais, si mathématiquement, il faut 23 ans pour arriver à ce résultat, pratiquement il n'en serait pas de même, dans une société composée de gens de même profession, commençant tous leur carrière avec des idées généreuses, et soucieux de leur dignité et de celle de leurs confrères : combien, s'ils étaient arrivés à la fortune, refuseraient de profiter des avantages d'une retraite aussi précaire pour eux, aussi précieuse pour tant d'autres ; et combien, comme nous en voyons tant d'exemples dans l'association générale, tiendraient à honneur d'augmenter la caisse des retraites de leurs dons généreux !

Cette période, ainsi diminuée d'un quart ou d'un tiers assurerait dans un délai prochain une retraite, qui augmentant d'année en année, permettrait à tous les médecins âgés de prendre un repos tant désiré dans notre profession, si fatigante, si peu lucrative et qui compte tant de membres, morts à la peine.

Mon projet très bien accueilli par les membres de l'association de Nantes, qui en votèrent à l'unanimité l'impression, n'a pas eu le même succès près de l'association générale à laquelle je ne demandais que la nomination d'une commission pour examiner mon travail ; je me croyais d'autant plus certain d'un bon accueil que l'espoir d'une retraite germe naturellement dans tous les esprits généreux de notre profession et que tout mon mérite se borne à avoir copié, presque textuellement, les statuts d'une société ouvrière qui, fondée il y a quatorze ans, donne depuis neuf ans déjà, à tous les membres âgés de 55 ans, une retraite qui, au début était de 200 fr. et qui est maintenant de 280 fr.

Les objections qui m'ont été faites, et qu'on peut retrouver dans l'annuaire de 1876, fol. 110 et 111, font supposer que l'association générale est peu disposée à modifier ses statuts et qu'elle continuera à marcher lentement vers le but éloigné que tous les médecins demandent, mais qu'aucun d'eux ne verra, tandis qu'avec mon projet, elle eut pu l'atteindre en quelques années avec autant de sécurité.

Agréez, monsieur et honoré confrère, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Dr A. Benoist.

Saint-Nazaire, 12 novembre 1879.

Nous empruntons au dernier compte-rendu des travaux de la Société locale de prévoyance et de secours mutuels des médecins des arrondissements de Melun, Fontainebleau et Provins, le document suivant, qui intéresse vivement les médecins :

Timbre des Certificats. — On passe à l'ordre du jour qui appelle la discussion sur les certificats. La question se pose ainsi :

Tous les certificats signés par un médecin doivent-ils être écrits sur papier timbré ?

Plusieurs confrères se sont vus poursuivis et condamnés à une amende dépassant 60 fr. pour avoir délivré à leurs clients, sur la demande de ces derniers, des certificats sur papier libre. Si l'on veut se rendre compte de la multiplicité des cas où ces certificats nous sont demandés, on comprendra la légitime préoccupation des médecins à ce sujet, et l'intérêt qu'ils attachent à la solution de cette question fiscale.

Il se dégage de la discussion ouverte à ce sujet un fait hors de doute : c'est que certains certificats peuvent ne pas être timbrés, d'autres doivent l'être d'une façon absolue, enfin un certain nombre restent dans une catégorie douteuse. M. le président, qui s'est renseigné auprès de quelques employés de l'administration du timbre et de l'enregistrement, est d'avis que les certificats destinés à être produits e justice sont seuls soumis au timbre. Mais une objection est immédiatement soulevée.

Un médecin ne sait pas toujours à l'avance l'usage qui pourra, à un moment donné, être fait du certificat qu'il délivre ; telle attestation, aujourd'hui sans intérêt, peut demain, dans un mois, dans un an, devenir une pièce de procès ou la base d'une réclamation devant les tribunaux. Sur la proposition de M. Bessières, d'Egreville, et conformément au modèle qu'il présente, on arrête une liste comprenant à peu près tous les certificats qu'on peut demander à un médecin, et M. le président est prié de prendre des renseignements nouveaux auprès de qui de droit, et de vouloir bien faire consigner dans le procès-verbal de cette séance les éclaircissements qu'il aura pu obtenir.

Les renseignements obtenus par M. le président sont les suivants :

Les certificats de médecin produits par des particuliers à titre de *justification, demande* ou *défense*, sont assujettis au timbre, en vertu de la règle générale de l'art. 12 de la loi du 13 brumaire an VII. (Décision du ministre des finances du 10 mars 1874).

Nous allons passer en revue la série des certificats consignés sur la liste précitée, avec la réponse annexée à chacun d'eux, et les développements qu'elle comporte :

LISTE DES CERTIFICATS.

1° Certificats pour obtenir un nourrisson. — *Cette pièce ne paraît exempte du timbre qu'autant qu'elle est délivrée à des nourrices destinées aux enfants assistés.* (Déc. fin. du 25 février 1841, *Journal de l'Enregistrement*, n° 12,697-2.)

2° Certificat de vaccine. — *Exempt.*

3° Certificat de naissance ou de décès. — *Exempt.*

4° Certificat ou rapport médical pour coups, blessures ou meurtre, sur réquisition de M. le maire, ou de M. le juge de paix, ou de M. le juge d'instruction, ou de M. le procureur de la République, ou de M. le commissaire de police.

5° Certificat, sur réquisition de M. le maire, pour constater le décès d'une personne trouvée morte sur la voie publique par suite de maladie, d'accident, de meurtre ou de suicide. — *Les certificats et rapports donnés par les médecins, sur la réquisition de l'autorité judiciaire ou de la force armée, sont* exempts *du timbre comme rentrant dans la catégorie des actes de police générale et de vindicte publique. Il importe peu que ces certificats soient provoqués par un particulier, si le particulier s'est muni au préalable d'une réquisition de l'une des autorités chargées de concourir à la répression des crimes et délits.* (Décision fin. du 10 mars 1874.)

6° Certificat pour les aliénés. — *Il y a une distinction à établir. Le certificat délivré par le médecin d'une maison d'aliénés au sujet de l'état d'un malade est* exempt *du timbre, s'il a un caractère purement administratif, et ne doit servir que dans l'intérieur de l'asile.*

Il est, au contraire, sujet *au timbre, dès qu'il est délivré à des particuliers ou qu'il est employé dans un intérêt privé.* (Sol. 17 novembre 1864.)

7° Certificat de santé pour les Compagnies d'assurances sur la vie. — *Soumis au timbre.*

8° Certificat de décès pour les Compagnies d'assurances sur la vie. — *Soumis au timbre.*

9° Certificat de maladie ou d'infirmités à l'époque de la révision. — *Soumis au timbre.*

10° Certificat de maladie dans le cas d'impossibilité de se présenter lors du tirage au sort ou de la révision. — *Soumis au timbre.*

11° Certificat pour obtenir une prolongation de

congé de convalescence (militaire ou civil). — *Soumis au timbre.*

12° Certificat de maladie délivré à un militaire ou à un ecclésiastique pour obtenir une saison aux eaux thermales. — *Soumis au timbre.*

13° Certificat d'infirmités pour obtenir une retraite avant l'âge voulu (prêtres, instituteurs, employés des postes, des ponts et chaussées, etc.). — *Soumis au timbre.*

14° Certificat d'aptitude pour obtenir l'admission dans certaines écoles ou administrations de l'Etat. — *Soumis au timbre.*

15° Certificat de maladie pour obtenir une indemnité pour traitement médical des administrations ou des Sociétés de secours mutuels (instituteurs, ponts et chaussées, sociétés de patronage, etc.). — *Exempt si le certificat dn médecin est rédigé à la suite d'un certificat d'indigence.*

16° Certificat de maladie ou d'infirmités pour admission dans les hôpitaux ou hospices de la vieillesse. — *Exempt.*

17° Certificat d'infirmités pour secours annuels du département en cas d'indigence. — *Exempt.*

18° Certificat de maladie pour être dispensé de faire acte de présence en cas d'arbitrage, de juré ou de témoignage devant les tribunaux. — *Soumis au timbre*

19 Certificat demandé par une veuve d'employé à l'effet d'obtenir une pension de l'administration. — *Soumis au timbre.*

Remarque importante. — Un médecin n'est pas passible d'amende quand un certificat non timbré délivré administrativement et avec *mention de la destination* est plus tard produit en justice.

Les médecins feront donc prudemment d'indiquer la destination de tout certificat délivré sur papier non timbré.

(Annuaire de l'Association générale.)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES DE L'AORTE PAR L'IODURE DE POTASSIUM.

Ce médicament compte, à son actif, un certain nombre de succès. Le docteur Balfour (*Lancet 1878*) a publié 12 cas d'anévrysmes de l'aorte traités avec succès par l'iodure de potassium. M. Potain a observé la disparition presque complète d'un volumineux anévrysme de la crosse de l'aorte à l'aide de ce moyen. M. Bucquoy a cité un cas et M. Constantin Paul deux cas.

M. Dujardin Beaumetz (*Leçons de clinique thérapeutique*), incline à croire que l'iodure de potassium agit dans ces cas comme antisyphilitique. La syphilis, d'après les travaux du Dr Francis Welch, serait une cause très-fréquente du développement des anévrysmes. Sur 34 cas d'anévrysmes de l'aorte, avec autopsie, cet auteur a remarqué que la moitié des sujets étaient manifestement syphilitiques et présentaient diverses lésions très-caractéristiques. D'autre part, dans 56 cas de syphilis mortelle, il a trouvé, dans plus de la moitié des cas, des nodules dans l'aorte, et 18 fois le vaisseau avait subi une dilatation plus ou moins prononcée.

Avant de recourir à d'autres modes de traitement on fera bien d'employer l'iodure de potassium. On administre d'abord 0 gr. 50 d'iodure de potassium. par jour, puis on augmente progressivement de façon à atteindre 1 gramme, puis 2, puis 3, et même si le malade supporte bien le traitement, on peut aller jusqu'à 6 grammes par jour (Dujardin-Beaumetz). Il faut surveiller attentivement la médication car certains malades sont très-impressionnables à ce médicament, seulement il y a assez facilement accoutumance, surtout si on a soin d'augmenter graduellement les doses.

Quand on donne l'iodure de potassium à hautes doses, le meilleur véhicule est le lait.

On n'abandonnera la médication que lorsqu'elle aura été suffisamment prolongée. Balfour comptait environ six mois. Il va sans dire qu'il est nécessaire d'interrompre le traitement de temps en temps.

M. Dujardin-Beaumetz donne la formule suivante :

Iodure de potassium...	15 grammes.
Eau	250 grammes.

Chaque cuillère contient un gramme de médicament.

On peut encore employer la formule suivante :

Iodure de potassium...	15 grammes
Eau distillée..........	250 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.........	35 grammes.

Leclerc, pour déguiser le goût du médicament a proposé la formule suivante :

Iodure de potassium...	10 grammes.
Eau distillée..........	10 grammes.
Rhum	80 grammes.

Par cuillerée à soupe dans une tasse de tisane ou plutôt de thé.

NÉCROLOGIE

On annonce la mort de M. le docteur Itasse, médecin de l'hospice civil de Sedan depuis plus de trente ans. M. Itasse avait fait preuve d'un dévouement sans pareil pendant les jours néfastes qui suivirent la bataille du 1er septembre 1870 à Sedan. Le gouvernement de la République l'en avait récompensé en lui accordant la croix de la Légion d'honneur.

CHRONIQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Par décrets en date du 22 novembre 1879, rendus sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts :

M. Morel, professeur d'anatomie générale descriptive et topographique à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur d'histologie à ladite Faculté (chaire nouvelle).

M. Lallement, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur d'anatomie descriptive à ladite Faculté (chaire nouvelle).

* * *

— M. le docteur Charles Fernet, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est nommé médecin de l'Ecole normale supérieure, en remplacement de M. Gueneau de Mussy, démissionnaire.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1 Année. — N° 23 6 décembre 1798

BULLETIN DE LA SEMAINE.

L'Académie de médecine a perdu un de ses membres, M. Chevallier. M. Proust prononce son oraison funèbre, accueillie par les applaudissements de l'assemblée, et M. Pasteur prend la parole. Avons-nous besoin de dire que son adversaire est M. Collin. Nous n'analyserons pas le discours d'ailleurs fort court de M. Pasteur. Nous en relèverons seulement les revendications pour un des savants les plus estimés en même temps qu'un des plus modestes pour M. Davaine, de la découverte de la Bactéridie, *suum quique*.

M. Hayem a depuis longtemps déjà dirigé ses patientes recherches sur la genèse du sang. Aujourd'hui le savant histologiste, qui est professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine, non *parceque*, mais *quoique* vient entretenir l'Académie de la réparation du liquide sanguin à la suite des maladies aiguës.

Les conclusions de ce travail portent que l'évolution du sang, entravée pendant le cours des maladies aiguës, reprend son essor au moment de la défervescence. La reconstitution du sang en hématies se fait par l'intermédiaire d'une production nouvelle d'hématoblastes.

A l'égard de la marche du phénomène, il y a lieu de distinguer les maladies aiguës de courte durée et à défervescence rapide des maladies à évolution lente et à défervescence traînante.

Dans les premières, la poussée d'hématoblastes accompagne ou suit de près la défervescence. Alors apparaît tout d'un coup dans le sang un grand nombre de ces petits éléments.

Mais, comme les hématoblastes se transforment rapidement en hématies, leur accumulation dans le sang ne dure qu'un temps relativement court.

Dans les maladies du second groupe, la production des hématoblastes est plus tardive ; elle suit de un ou plusieurs jours la défervescence. De plus, le nombre des éléments nouveaux, sans cesse formés, dépassant pendant longtemps la somme de ceux qui se transforment en hématies, l'accumulation des hématoblastes paraît se faire par poussées successives, et elle n'atteint son apogée qu'au bout de une à trois semaines.

Dans tous les cas, cette réparation du sang est analogue à celle qui succède aux hémorrhagies et particulièrement aux pertes de sang de longue durée.

A la suite de cette production d'éléments nouveaux sous la forme d'hématoblastes, puis d'hématies, le sang des convalescents contient pendant un temps variable des globules rouges incomplètement développés, qui font baisser au-dessous de la normale la moyenne du contenu des globules rouges en matière colorante.

Notre sympathique confrère, le Dr Decaisne a donné connaissance des expériences qu'il a entreprises avec quelques-uns de nos confrères, entre autres, le Dr Evrard, de Beauvais, sur un supplicié. Ces expériences établissent que la décapitation amène la mort instantanée du supplicié et que la sensibilité est immédiatement éteinte dans tous les tissus.

Quelques journaux entretiennent leurs lecteurs d'une atteinte portée, paraît-il, à un membre de l'enseignement libre à l'École pratique par un des fonctionnaires de la Faculté. Il serait peut-être bon avant de se prononcer d'attendre plus amples informations, notamment du distingué directeur des travaux anatomiques. L'école pratique est maintenant grâce à lui réorganisée sur des bases inconnues de notre temps. Les dissections se font avec ordre et régularité, et des prosecteurs et aides d'anatomie exercés, et augmentés comme nombre, font officiellement des cours théoriques et pratiques aux élèves. Ils sont d'ailleurs mieux rétribués et par conséquent n'ont pas besoin d'avoir recours aux ressources des répétitions particulières qui, naguère, les forçaient de laisser les élèves sans direction. C'est là un grand résultat acquis. On comprend qu'il ne soit pas du goût de tout le monde. Mais qu'y faire ?

Nous signalerons encore à nos lecteurs l'ouverture du cours de clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, par M. le professeur Ball. C'est un enseignement très utile pour les élèves et resté jusqu'à présent en dehors du cadre des études officielles, malgré son utilité pratique si grande.

Terminons en annonçant l'apparition d'un *Traité des maladies de l'estomac*, dû à la plume d'un de nos maîtres, M. le professeur agrégé Damaschino.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'HOTEL-DIEU

LEÇON DE M. LE PROFESSEUR RICHET.

(22 novembre 1879.)

TRAITEMENT DES FISTULES A L'ANUS.

Messieurs,

Il est important que vous sachiez, dès le commencement de l'année, quelle est ma manière de faire pour les opérations courantes qui se présentent journellement dans le service. Aussi je veux profiter aujourd'hui de la présence dans nos salles de deux malades atteints, l'un de fistule à l'anus complète, l'autre d'abcès non encore ouvert de la marge de l'anus, pour vous exposer mes idées sur la marche et le traitement d'une affection pour laquelle vous serez très fréquemment consultés dans la pratique.

Le premier malade est un garçon vigoureux, âgé

de 36 ans, qui eut, il y a quelques mois, un abcès à la marge de l'anus. Il ne vit pas de chirurgien à cette époque, et laissa l'abcès s'ouvrir spontanément. L'ouverture, située au voisinage de l'anus, donnait tous les jours issue à une certaine quantité de pus. Contre l'attente du malade, qui croyait avoir un simple *clou*, la plaie ne s'est pas cicatrisée. Au contraire une seconde ouverture s'est faite du côté du rectum ; et l'infirmité est devenue tellement gênante pour le malade qu'il s'est décidé à venir nous trouver pour s'en faire débarrasser.

En examinant cet homme, nous voyons aujourd'hui, au voisinage de l'orifice anal, une ouverture qui laisse suinter de la matière muco-purulente, et dont les bords sont tapissés de bourgeons charnus pâles et décolorés. Si l'on pratique le toucher rectal, on sent, à trois centimètres de l'orifice, une dépression de la muqueuse, qui, pour tout chirurgien exercé, est l'indice d'une perte de substance. Il ne m'en faut pas davantage pour déclarer que ce malade est atteint d'une fistule à l'anus complète. Son état général est bon ; il ne tousse pas, il ne crache pas ; de plus l'auscultation attentive de la poitrine montre que les deux poumons sont absolument sains.

Le second malade dont j'ai à vous parler ne nous offre que le premier degré de l'affection précédente. Il s'est présenté à la consultation pour une douleur aiguë et persistante de la fesse gauche. Au premier examen on a reconnu qu'il s'agissait d'un phlegmon, et le malade a été admis dans nos salles. Le lendemain de son entrée, j'ai pu diagnostiquer un phlegmon de la marge de l'anus à cause de la chaleur, de la rougeur et du gonflement dont la région douloureuse était le siége. Cet homme se plaignait également de tousser, principalement la nuit. D'aprés ce qu'il nous a raconté, la toux dure depuis sept à huit mois ; à cette époque il s'est enrhumé à la suite d'un refroidissement, et il a rendu quelques crachats sanguins.

En présence de ces antécédents nous avons à nous demander si le malade n'est pas tuberculeux. On sait en effet que les abcès de la marge de l'anus se rencontrent assez fréquemment chez les tuberculeux. Or, voici ce que nous avons pu constater chez notre malade : à la percussion il y a de la submatité au niveau des deux fosses sus-épineuses ; à l'auscultation on ne perçoit ni râles ni craquements, mais l'expiration est soufflante et prolongée ; enfin il y a un retentissement anormal de la voix des deux côtés de la poitrine. Je crois donc ne pas me tromper en disant que notre malade est atteint de tuberculose au début.

Chez lui le phlegmon de la marge de l'anus a évolué avec une extrême lenteur. La marche qu'il a présentée n'est pas du tout comparable à celle des abcès de la même région qui surviennent chez les phthisiques à la dernière période, et qui révèlent une détérioration profonde de l'organisme. Depuis 15 jours que le malade est à l'hôpital, l'abcès s'est comme flétri ; la saillie qu'il formait sur la fesse a diminué de volume ; en outre elle s'est ramollie considérablement. Je me suis alors demandé s'il n'y avait pas eu une fuite de l'abcès du côté du rectum. Mais en pratiquant le toucher rectal, j'ai trouvé la muqueuse saine sur tous les points : il n'existe aucune dépression, aucune saillie correspondante à la tumeu de la peau. Néanmoins on sent une fluctuation profonde en pressant à l'extérieur du côté de la fesse. Je ne serais pas du tout étonné que nous eussions affaire ici à un abcès périrectal remontant assez haut.

Quoi qu'il en soit, la lésion que je viens de vous décrire sommairement représente la première période, le premier degré d'une fistule à l'anus complète.

Qu'arriverait-il chez nos deux malades si nous les privions de soins chirurgicaux, si nous les abandonnions à eux-mêmes ? Pour vous faciliter l'intelligence du sujet, laissez-moi tout d'abord vous rappeler les principales dispositions anatomiques de la région anale.

Entre le rectum et les parois pelviennes il existe un espace considérable dont l'étendue varie avec l'état de réplétion ou de vacuité de l'intestin. Cet espace est obliquement coupé en deux parties ou étages, l'un supérieur, l'autre inférieur, par le muscle releveur de l'anus, qui, des parois du bassin, se porte obliquement en bas et en dedans sur l'extrémité inférieure du rectum.

L'étage inférieur situé au-dessous du releveur anal est celui que Velpeau a décrit sous le nom de *fosse ischio-rectale*, et que j'ai appelé moi-même *espace pelvi-rectal inférieur*. Je ne m'occuperai pas de l'étage supérieur ou *espace pelvi-rectal supérieur*, parce que j'ai simplement en vue dans cette leçon les abcès ou fistules de l'étage inférieur.

Or, tout cet espace pelvi-rectal inférieur est rempli par une masse de tissu cellulo-graisseux qui fait suite, sans aucune interruption, à la couche sous-cutanée. C'est ce qui explique comment, après une suppuration prolongée du tissu cellulaire de la région, les parois du foyer se trouvent presque dans l'impossibilité de se mettre en contact.

Ces données anatomiques étant connues, voyons quelle pourrait être la terminaison spontanée de l'abcès chez notre second malade. De deux choses l'une : ou l'abcès s'ouvrirait du côté du rectum, ou il s'ouvrirait du côté de la peau. Si le pus fusait vers la peau il resterait sûrement un trajet fistuleux, car le rectum ne pourrait venir au contact de la paroi du foyer. L'espace pelvi-rectal inférieur est forcément béant à la suite de la fonte du tissu cellulaire. C'est la même chose qui se passe dans les cas de suppuration prolongée de l'aisselle : on voit persister des fistules qui ne se ferment point, et dont le traitement embarrasse beaucoup le chirurgien.

Ainsi la réunion de la plaie serait à peu près impossible à obtenir, et bientôt une fistule borgne externe se trouverait constituée. Nous assistons rarement à cette première période de la fistule, car d'ordinaire les malades ne s'adressent au chirurgien que lorsque l'abcès est ouvert.

Ce n'est pas tout : la fistule borgne externe une fois constituée ne reste pas longtemps telle quelle. Au bout d'un certain temps, dont la durée varie selon les individus, la paroi du foyer qui regarde le rectum se creuse et s'ulcère ; les tuniques de l'intestin se détruisent jusqu'à ce qu'une seconde ouverture soit établie du côté du rectum. La fistule est alors complète : le trajet qu'elle décrit est le plus souvent tortueux ou tout au moins coudé ; de là vient la difficulté grande que l'on éprouve d'ordinaire

à faire ressortir par le rectum un stylet que l'on introduit par l'ouverture cutanée. Du reste point n'est besoin de réussir dans cette exploration pour porter un diagnostic certain ; avec un peu d'habitude on sent avec le doigt une dépression du côté du rectum, et cela suffit aux chirurgiens expérimentés pour affirmer que la fistule est complète. S'il y a doute, on peut injecter du lait ou toute autre substance colorée par l'ouverture cutanée de la fistule ; on voit alors, dans le cas de fistule complète, le liquide passer dans le rectum. Je n'ai nullement eu besoin de ce dernier moyen pour diagnostiquer la fistule chez notre premier malade.

Dans le second mode d'évolution des abcès de la marge de l'anus, l'ouverture primitive se fait du côté de la muqueuse rectale ; le foyer se vide dans l'intestin et le malade rend du pus dans ses selles, pendant que la tumeur cutanée se flétrit peu à peu. Il en résulte d'abord une fistule borgne interne qui ne persiste pas longtemps dans cet état. Par un mécanisme inversé de celui que je vous ai exposé précédemment la peau s'ulcère et la fistule devient également complète.

Il est bien entendu que les divers phénomènes qui viennent d'être décrits ne s'appliquent nullement aux abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur, qui forment une maladie à part, bien étudiée par M. Pozzi.

Ainsi, messieurs, retenez-bien cet détail important : les abcès de la marge de l'anus aboutissent fatalement à la fistule lorsqu'on les abandonne à leur terminaison naturelle.

Est-il possible de prévenir cette fâcheuse complication ? La question a exercé depuis longtemps déjà la sagacité des chirurgiens. Au dix-huitième siècle, Foubert proposait de fendre largement le rectum dès le début d'un phlegmon à la marge de l'anus.

Or, les faits ont prouvé que Foubert avait raison : toutes les fois que l'on sectionne le sphincter anal et la paroi rectale dès le début, l'abcès guérit sans fistule. Cependant le procédé a paru un peu radical à quelques chirurgiens. Je soutiens, pour ma part, que l'opération de Foubert est nécessaire lorsque l'abcès fait saillie des deux côtés à la fois, vers le rectum et vers la peau. Mais s'il n'y a pas de saillie vers le rectum, une simple incision cutanée suffit amplement. Je me contenterai donc chez notre second malade de pratiquer une incision cutanée de trois centimètres environ.

Quand au malade qui a une fistule complète, je lui ferai une opération plus sérieuse, que je juge indispensable pour obtenir une guérison.

Si vous parcourez, Messieurs, les traités de pathologie externe, vous verrez qu'on a préconisé un grand nombre de moyens médicaux proprement dits pour le traitement des fistules à l'anus. Tous ces moyens sont inefficaces.

Lorsque Louis XIV eut sa fistule, il ne voulut pas d'abord consentir à une opération, mais après l'insuccès complet que donna le traitement par les sétons et les trochisches sur 35 malades réunis par son ordre dans un hôtel du faubourg St-Honoré, le grand roi se décida à se faire opérer, et il eut mille fois raison. A cette époque on ne connaissait pas la teinture d'iode, puisque l'iode a été découvert par Fourcroy en 1811. Du reste, les injections de teinture d'iode ne réussissent pas mieux que les sétons et les trochisches.

J'arrive donc à l'examen des moyens chirurgicaux qui ont été employés dans le traitement de la fistule. Ces moyens peuvent se ramener à quatre procédés opératoires principaux : la *ligature*, la *section à l'aide de l'écraseur*, l'*incision* et l'*excision*.

Ligature. La ligature lente et progressive est une mauvaise opération, on la pratique avec un fil de plomb dont on serre graduellement les deux bouts. Les anciens avaient imaginé de suspendre une balle de plomb à l'extrémité de l'anse ; j'ai voulu essayer autrefois ce procédé chez une vieille femme de l'hôpital de Lourcine, et j'ai échoué complètement.

Il y a aussi la ligature élastique avec un fil de caoutchouc. Le fil sectionne les tissus peu à peu, mais, comme je vous le montrerai tout à l'heure, cela ne suffit pas pour la guérison définitive. La ligature extemporanée offre tous les inconvénients de l'écraseur linéaire, sans en avoir les avantages.

Ecraseur. L'écraseur linéaire de Chassaignac a joui d'une grande vogue, parce qu'il évite toute perte de sang. Cependant parmi les fistules opérées avec l'écraseur, on observe un certain nombre de récidives. On se contente de couper le pont compris entre la fistule et l'anus. Or, par ce procédé, on ne détruit jamais la paroi postérieure du conduit fistuleux dont les bords n'ont pas tendance à se rapprocher. Aussi l'accollement des surfaces n'a-t-il lieu que très rarement, ce qui entraîne des récidives.

Le résultat est le même pour la ligature extemporanée.

Incision. Dans l'incision simple, on passe une sonde cannelée dans le trajet, et l'on sectionne les tissus, soit avec le bistouri, soit avec le thermo-cautère. L'incision pure et simple laisse également intacte la paroi postérieure du conduit fistuleux. Antoine Dubois avait noté cette particularité. C'est pourquoi il conseillait comme opération complémentaire : l'incision du trajet sur sa partie postérieure. Cette fente d'Antoine Dubois me paraît insuffisante. D'ailleurs le procédé est encore incommode et gênant pour le malade, car, pour que la cicatrisation commence dans le fond, on est obligé de maintenir la plaie béante par des tampons de charpie, dont l'introduction est très douloureuse.

L'incision au thermo-cautère détruit un peu mieux la paroi postérieure du trajet fistuleux. Néanmoins, l'emploi de cet instrument offre un inconvénient sérieux; la plaie qui en résulte est très lente à se cicatriser. Le thermo-cautère ne convient guère qu'aux fistules qui s'accompagnent de fongosités exubérantes et de grands délabrements.

Excision. Roux pratiquait l'excision très largement, il enlevait de véritables quartier de parties molles sur le pourtour de l'anus. Je préfère aussi l'excision à toutes les autres méthodes; seulement je la fais d'une manière moins cruelle et plus rapide; j'introduis d'abord ma sonde cannelée par l'orifice cutané, et je la fais sortir, en la coudant, par l'orifice rectal et par l'anus. Je saisis ensuite le milieu du trajet, en arrière de la sonde cannelée, avec une forte pince à griffes, de manière à faire saillir à l'extérieur les tissus à enlever. Je tranche alors d'un seul coup de bistouri toutes les parties molles en

arrière du trajet, et l'opération est terminée. Il reste à la suite une plaie plate qui saigne assez abondamment. Un pansement simple suffit pour amener la guérison.

C'est cette opération de l'excision que je vais pratiquer devant vous chez notre malade.

Nota. M. Richet a incisé l'abcès et opéré la fistule sans aucune difficulté.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'OCCLUSION INTESTINALE ET DE SON TRAITEMENT

On entend par *occlusion intestinale* tout obstacle au cours des matières fécales dans la cavité abdominale. Les symptômes en sont connus, les principaux sont : les *vomissements*, la *constipation*, l'*absence d'émission de gaz par l'anus* et le *ballonnement du ventre*, ajoutons à ce tableau une série de phénomènes nerveux d'une gravité extrême qui amènent des troubles profonds de la circulation et de la respiration.

Le diagnostic de l'occlusion intestinale ou plutôt de ses différentes variétés est parfois d'une extrême difficulté.

Au point de vue clinique, les phénomènes qui constituent par leur ensemble l'occlusion intestinale se présentent sous deux aspects bien différents. Ou bien la maladie éclate brusquement, au milieu d'une santé parfaite et sans que rien la puisse faire prévoir ; ou bien ce n'est que progressivement, à des intervalles irréguliers que se montrent ces accidents. Dans le premier cas, c'est l'*occlusion aiguë*, l'intervention rapide est nécessaire. Dans le second cas, c'est l'*occlusion chronique*.

Il est évident que l'ensemble des phénomènes cités plus haut doit permettre de reconnaître l'occlusion intestinale aiguë ou chronique, mais il importe, tant au point de vue du mécanisme de l'occlusion qu'au point de vue du traitement à instituer de distinguer les différentes variétés qui peuvent se présenter à l'observation du praticien.

Les causes de l'occlusion intestinale aiguë ou chronique sont résumées dans les deux tableaux suivants que nous empruntons à l'excellent travail du Dr Bulteau (thèse de Paris 1878).

A). CAUSES ANATOMIQUES DE L'OCCLUSION INTESTINALE AIGUE.

1· Etranglement de l'intestin et spécialement de l'intestin grêle.
   - 1· *Brides* épiploïques, mésentériques, péritonéales fibreuses.
   - 2· *Diverticulums de l'intestin*, appendice cœcal, diverticulums de l'iléon.
   - 3· *Diverticulums péritonéaux*, primitifs, pathologiques (anciens sacs herniaires).
   - 4· *Orifices fibreux*, naturels accidentels.
   - 5· *Hernies internes* : ischiatiques, obturatrices, diaphragmatiques, ventrales ou pariétales.

2· Volvulus ou torsion de l'intestin.

3· Invagination.

4· Imperforation de l'anus et du rectum.

B). CAUSES ANATOMIQUES DE L'OCCLUSION INTESTINALE CHRONIQUE.

1· Invagination chronique.

1· Rétrécissements
   - 1· Cancéreux.
   - 2· Fibreux.
   - 3· Syphilitiques.

3· Obstruction....
   - 1· Corps étrangers (fruits, calculs biliaires, vers intestinaux, etc.).
   - 2· Polypes.
   - 3 Matières fécales.

4· Compression...
   - 1· Organes abdominaux hypertrophiés, dégénérés.
   - 2· Tumeurs solides et liquides.

5· Flexions anormales (coudes brusques).

6· Adhérences de l'intestin (péritonite ancienne).

7· Paralysie de l'intestin.

Parmi les symptômes de l'occlusion intestinale aiguë, l'*absence absolue d'émission de gaz par l'anus* est le seul qui se montre constamment, il est véritablement pathognomonique. Parfois cependant, on observe quelques selles diarrhéiques sanglantes qui alternent avec du ténesme.

Les *phénomènes nerveux* s'expliquent par les lésions des filets nerveux de l'intestin, lésions plus ou moins graves d'ailleurs et qui peuvent par conséquent avoir des conséquences diverses. Si l'irritation des nerfs est de moyenne intensité, les phénomènes réflexes n'ont que l'intestin comme siège et se manifestent par des vomissements, la dilatation de l'estomac, la constipation. L'irritation est-elle plus vive, le système nerveux recevra une plus grave atteinte et réagira sur les fonctions circulatoires et respiratoires. Plus loin encore, si la moelle est atteinte par cet ébranlement morbide, on peut observer des contractures, des crampes et des spasmes tétaniques.

Nous n'avons pas l'intention de refaire le tableau de la maladie, mais avec M. Bulteau nous insisterons sur un fait capital au point de vue clinique. En général, les symptômes se pressent, les complications éclatent, toutes les fonctions, tout le patient, en un mot, est la proie de l'affection : la mort survient plus ou moins rapidement du sixième au huitième jour, parfois en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Là, l'intervention du médecin, le traitement prompt, actif, décisif, ne doit pas se faire attendre. Mais il s'en faut de beaucoup que les symptômes soient toujours aussi nets et aussi caractéristiques. «Il n'est pas rare, dit très justement Fleury (Arch. gén. de méd. 3e série, t. 1.) de voir les malades succomber à un étranglement interne *sans avoir présenté ni météorisme, ni douleur abdominale, pas même à la pression, ni fièvre ;* la constipation, les vomissements bilieux ou stercoraux, sont les phénomènes que l'on observe et les malades s'éteignent lentement par un affaiblissement progressif. »

La douleur vive au début, dit M. Bulteau, peut manquer et le malade n'accuser que quelques coliques abdominales de peu d'intensité. Les vomissements peuvent disparaître complètement.

Le météorisme du ventre, la constipation, l'absence absolue d'émission de gaz par l'anus sont les seuls symptômes qui attirent alors l'attention du médecin et lui font craindre une occlusion de l'intestin.

« Il est fréquent de voir survenir une grande amélioration dans l'état du malade peu après l'apparition des premiers accidents qui ont marqué le début de l'occlusion. La douleur est beaucoup moins vive et peut même avoir disparu : les vomissements cessent *et le malade se trouve mieux,* mais la constipation persiste. *Cette rémission dans l'évolution de la maladie est trompeuse et arrête la main du chirurgien alors qu'il faudrait agir.* » (Bulteau).

Un certain nombre d'affections peuvent être confondues avec l'occlusion intestinale aiguë. *La péritonite aiguë par perforation* surtout a souvent été confondue, même par des chirurgiens expérimentés, avec une occlusion intestinale et on a plusieurs fois pratiqué la gastrotomie par suite de cette erreur de diagnostic. Ainsi nous trouvons dans les comptes-rendus de la Société anatomique une observation de M. Herbelin, interne des hôpitaux, dans laquelle il s'agissait d'une perforation de la vésicule biliaire ayant déterminé une péritonite suraiguë; on songea à un étranglement interne et on pratiqua la gastrotomie. M. S. Duplay avait déjà attiré l'attention sur ces cas (Arch. gén. de méd. 1876), et réuni 14 observations où des accidents de péritonite avaient fait diagnostiquer un étranglement interne alors que l'autopsie vient démontrer l'existence d'une péritonite par perforation. L'arrêt presque complet des matières dans la péritonite par perforation avait été attribuée, par M. Henrot, à la paralysie intestinale produite par l'inflammation du péritoine. « Bien que cette paralysie ne puisse être mise en doute, dit M. Duplay, elle ne nous paraît pas suffisante pour expliquer un arrêt presque complet des matières. D'autre part les vomissements fécaloïdes qui se sont montrés au moins dans trois cas de nos quatorze observations supposent la persistance de constractions antipéristaltiques. Aussi, quoiqu'on n'ait pas constaté à l'autopsie une occlusion mécanique de l'intestin, nous pensons que l'on doit tenir compte, pour expliquer les phénomènes d'étranglement, de l'état de distension des anses intestinales déterminant des coudes brusques capables d'intercepter en partie le cours des matières. »

Pour M. Duplay les fausses membranes qui se forment au niveau de la perforation, recouvrent les intestins en un point limité et peuvent, dans une certaine mesure, gêner ou même intercepter le cours des matières.

Voyons, avec M. Bulteau, s'il existe des signes capables de permettre au chirurgien d'établir son diagnostic.

On devra accorder une certaine importance au *frisson initial,* qui n'existe pas dans l'occlusion intestinale.

La *température* diffère absolument dans les deux affections. A elle seule, dans la plupart des cas, elle peut mettre sur la voie du diagnostic.

Au début la température s'élève d'une façon très notable (39°—40°) dans la péritonite; dans l'étranglement interne, *au contraire,* la température s'abaisse. Dans cette dernière affection, le thermomètre s'élève, à une période plus avancée, lorsque l'intestin se sphacèle et qu'une péritonite se déclare. En résumé :

Dans la péritonite la température est toujours au-dessus de la normale; dans l'occlusion intestinale aiguë sans complications, la température reste au-dessous de la normale.

On comprend cependant *qu'à une période avancée* de la maladie, ce signe devienne sans valeur. C'est pourquoi nous ne saurions trop insister auprès des praticiens pour recommander l'usage du thermomètre comme moyen de diagnostic dès les premières périodes de la maladie.

« Le *ballonnement du ventre,* et la *tympanite* ne paraissent pas, à M. Duplay, acquérir un développement aussi considérable dans la péritonite que dans l'étranglement interne vrai. Le météorisme qui accompagne la péritonite est égal dans toutes les régions de l'abdomen, tandis que souvent dans l'étranglement vrai, on peut constater qu'une portion du tube intestinal est seule distendue, ce qui entraîne une déformation irrégulière de l'abdomen. »

De la matité occupant la région sous-ombilicale, en rapport avec un certain degré d'épanchement dans la cavité péritonéale, serait en faveur, d'après M. Duplay, d'une péritonite. Nous ne saurions donner une grande valeur à la présence d'une certaine quantité de liquide dans le ventre, car dans un certain nombre de cas d'étranglement interne, il se produit dans la cavité péritonéale du liquide séreux, en assez grande quantité pour donner lieu à de la matité. — (Bulteau).

La douleur de la péritonite, localisée au début au niveau de la perforation, se généralise rapidement à tout l'abdomen; dans l'occlusion intestinale aiguë, la douleur reste plus longtemps localisée, et lorsqu'elle se généralise, elle a toujours son maximum d'intensité là où elle a été ressentie tout d'abord.

La constipation et l'absence absolue d'émission de gaz par l'anus sont, pour ainsi dire, pathognomoniques de l'occlusion intestinale aiguë. Il n'en est pas de même dans la péritonite. Il est très rare qu'il y ait émission de gaz par l'anus, et la constipation est très souvent remplacée par de la diarrhée.

Les vomissements bilieux, verdâtres, porracés se rencontrent dans la péritonite au début; plus tard, il n'y a pas de déductions à tirer de la nature des vomissements.

En somme, dit M. Duplay, c'est plutôt par des nuances difficiles à saisir que l'on parviendra dans un certain nombre de cas à établir le diagnostic.

Il ne suffit pas de diagnostiquer l'occlusion intestinale aiguë, il faut encore en reconnaître la cause anatomique. Nous devons avouer qu'il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, d'établir en clinique une distinction entre chacune des variétés qui peuvent se présenter. On fera le plus souvent un diagnostic de probabilité, rarement de certitude. Nous ferons une exception pour l'invagination qui présente des symptômes spéciaux et dont le diagnostic est relativement plus facile à faire :

1° Chez un malade qui aura présenté antérieurement des signes manifestes de péritonite, on pourra soupçonner un *étranglement par bride épiploïque ou fibreuse.* Il sera même possible, dans certains cas, de sentir par la palpation, à travers la paroi abdo-

minale, la bride qui est la cause de l'étranglement.

2° *L'étranglement par nœud diverticulaire,* d'après M. Parise, « est caractérisé par le début brusque des accidents, et une douleur fixe dans le côté droit de l'abdomen, entre l'ombilic et le cœcum. Le ballonnement du ventre est limité à cette région. Il y a absence complète de toute circonstance capable de faire croire à l'existence de corps étrangers, de brides pseudo-membraneuses, de rétrécissements organiques, d'invagination, etc., etc. Tels sont les signes qui peuvent faire présumer l'étranglement diverticulaire. »

Un Arrêt de développement, un vice de conformation seraient en faveur de cette variété d'étranglement.

3° *L'étranglement interne,* reconnaissant pour cause les hernies internes, intra-abdominales n'est pas exempt de grandes difficultés.

Les hernies diaphragmatiques seront soupçonnées chez un malade qui aura reçu précédemment une blessure dans la région gauche du diaphragme ; on a constaté quelquefois une déviation du cœur à droite, et une douleur extrêmement vive dans la région épigastrique.

Les hernies mésentériques, mésocoliques, ne présentent aucun symptôme spécial et leur diagnostic est le même que celui de l'étranglement interne en général.

« Lorsque la *hernie obturatrice* est profondément cachée dans le bassin et qu'elle s'étrangle, on peut croire à un étranglement interne Le chirurgien prévenu de l'existence possible d'une hernie daus cette région, devra redoubler d'attention, essayer d'explorer l'orifice interne du canal sous-pubien en déprimant fortement la paroi abdominale, trés-lâche chez les vieillards, et en s'aidant du toucher par le vagin chez la femme, par le rectum chez l'homme.

L'intestin peut s'étrangler dans un ancien sac herniaire, ou dans des diverticules du péritoine, primitifs ou pathologiques et donner lieu à une variété d'étranglement interne décrite par MM. Parisse et Faucon. On soupçonnera cette variété d'étranglement chez un malade autrefois porteur d'une hernie, qui actuellement est réduite.

« L'existence actuelle d'une hernie ne doit même pas éloigner de l'esprit du chirurgien l'hypothèse d'un sac herniaire interne, le premier sac rentré, il s'en forme d'ordinaire un second à sa place ; aussi doit-on attacher à la *disparition temporaire* d'une hernie, une aussi grande importance qu'à sa *disparition* définitive. » (Faucon.)

Quelquefois, lorsqu'il existe une hernie externe et une hernie interne, les deux sacs communiquent ; l'étranglement n'a lieu qu'au niveau de l'orifice du sac interne. La hernie externe peut être *aqueuse* (Cruveilhier) ; M. Parise en a rapporté un exemple.

L'intestin étranglé peut occuper quatre points différents de la cavité péritonéale, ce qui constitue quatre variétés de hernies :

1° La *hernie intra-iliaque* qui se porte dans la fosse iliaque.

2° La *hernie antévésicale* qui se porte au devant de la vessie.

3° La *hernie du ligament large* qui se porte dans l'épaisseur du ligament large.

Toutes trois ont été décrites par M. Parise.

4° La *hernie intra-pelvienne* décrite par M. Faucon.

Chacune de ces variétés exige du chirurgien une exploration spéciale de l'abdomen et du bassin.

Il faut rechercher le sac dans la fosse iliaque pour la hernie intra-iliaque.

Il faut employer le toucher rectal et vaginal pour la hernie intra-pelvienne.

Le cathétérisme en provoquant de la douleur avec l'extrémité de la sonde, pourrait, peut-être, donner des indications utiles dans le cas de hernie antévésicale.

Le grand nombre de grossesses antérieures serait en faveur d'une hernie du ligament large. M. Parise fait remarquer en effet, que dans le cas de nombreuses grossesses, l'utérus, en s'élevant dans l'abdomen, peut tirailler le ligament rond de manière à entraîner vers la cavité abdominale le collet du sac adhérent à ce ligament, et favoriser ainsi la rentrée du sac dans l'abdomen.

Le diagnostic du *volvulus* ou de la torsion de l'intestin ne sera pas moins difficile. Une douleur vive, ressentie subitement dans la fosse iliaque gauche, serait en faveur d'un volvulus, puisque l'on sait que l'S iliaque est surtout le siège de cette variété d'étranglement. Le ballonnement du ventre est alors extrêmement considérable. Quelquefois les malades ont présenté antérieurement des attaques incomplètes d'occlusion intestinale.

L'*invagination intestinale* peut survenir brusquement au milieu d'un excellent état de santé, et donner lieu à des accidents suraigus d occlusion intestinale. La mort peut survenir très rapidement, même en quelques heures chez les enfants. Ce sont les symptômes nerveux qui prédominent ; les phénomènes d'occlusion sont, en effet, généralement incomplets. Le météorisme du ventre est peu marqué. Les selles, loin d'être supprimées, sont fréquentes et présentent des caractéres spéciaux. Elles sont diarrhéiques, sanguinolentes, constituées par un mélange de mucus et de glaires ; elles sont souvent accompagnées de ténesme. A une période avancée de la maladie, on peut trouver dans les garde-robes des débris d'intestin sphacélé.

Les selles diarrhéiques sanguinolentes sont pathognomoniques de l'invagination ; tout au plus, pourrait-on songer à une dysenterie, mais la palpation de l'abdomen viendra rapidement enlever tous les doutes, car elle permettra, dans la très grande majorité des cas, de reconnaître la présence d'une tumeur mollasse, en forme de boudin, douloureuse à la pression et légèrement mobile. Un autre signe sur lequel Dance a attiré autrefois l'attention, acquiert dans cette variété d'occlusion une valeur extrême. Dans les invaginations iléo-coliques et iléo-cœcales qui sont les plus fréquentes, l'absence du cœcum et du côlon ascendant dans la fosse iliaque droite et dans le flanc droit donne lieu à *une certaine dépression* dans ce côté, tandis qu'à gauche on remarque un *renflement longitudinal,* une tumeur plus ou moins volumineuse produite par la masse de l'invagination. C'est à l'aide de cette donnée, jointe à l'ensemble des symptômes généraux, que le diagnostic pourra souvent être très précis, non seulement sur la nature de l'affection, mais encore sur son siège.

Pour nous résumer, dit M. Bulteau, à qui nous avons emprunté cet exposé, *on diagnostiquera une invagination intestinale aiguë lorsqu'on se trouvera en présence d'un malade chez lequel on constatera, avec les principaux symptômes de l'occlusion de l'intestin, une tumeur cylindrique, mollasse, dans un point quelconque de l'abdomen, et des selles sanguinolentes accompagnées de ténesme.*

(A suivre).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

DES CAUSES QUI RENDENT LA PROFESSION MÉDICALE PEU LUCRATIVE

« Cher confrère,

« Votre journal recherche ce qui nuit à la profession médicale ; permettez-moi de vous soumettre mon opinion à ce sujet. Il y a plusieurs causes que je vais essayer de vous exposer aussi brièvement que possible. Je ne parlerai, bien entendu, que de la région où j'exerce, et j'ai tout lieu de supposer que les autres sont un peu comme la mienne.

« Dans le département de la Haute-Garonne, il y a 328 médecins pour une population de 477,320 habitants, 1 pour 1,450 habitants.

« Or, il faut une moyenne de 3,000 habitants pour faire vivre honorablement un médecin à la campagne. Je ne puis parler en parfaite connaissance que de la petite ville où j'exerce, un chef-lieu de canton, dont la population est de 2,800 habitants. Nous sommes, pour leur donner des soins, 3 docteurs et 1 officier de santé. La moyenne des malades pour la ville entière est de 10 par jour. La moyenne des honoraires de 0,80 par visite. C'est donc 8 francs à diviser entre 4 médecins. En outre, il faut ajouter quelques visites faites dans la campagne, où nous recevons une moyenne de 0,25 par kilomètre, et quelques consultations de très peu d'importance. Ce trop grand nombre de médecins explique suffisamment la concurrence. Chacun veut pouvoir vivre, et, pour attirer le plus de clients, baisse le prix des visites. On flatte ainsi le goût de notre population, qui ne regarde pas les capacités, mais le bon marché. »

Notre confrère discute ensuite la question des officiers de santé. Il opine pour leur suppression dans l'avenir.

« Nous nous trouvons, dans notre contrée, en présence de nombreux charlatans. Ils parcourent nos places et nos rues, se rendent à toutes les foires, à tous les marchés, et exploitent à ciel ouvert et au son de la grosse caisse, la bêtise humaine. Quelques-uns même ont des cabinets de consultation, dans une ou plusieurs localités, et leurs salons regorgent d'imbéciles qui les paient plus grassement que le médecin. Quand donc une loi leur interdira-t-elle réellement le territoire français ? Le gouvernement ne voit-il pas qu'ils sont nuisibles à la société ?

« Une autre plaie est celle des pharmaciens, qui transforment leur officine en cabinet de consultation, ne prenant aucune rémunération pour leurs conseils, mais se retrouvant amplement sur le prix du médicament ; quelques-uns font payer l'un et l'autre.

« A côté des pharmaciens, nous avons les sœurs. Presque toutes ont dans leur établissement une petite pharmacie. C'est là qu'elles donnent leurs conseils, gratis bien entendu, mais faisant payer assez cher les médicaments qu'elles délivrent sur leur ordonnance. Elles portent ainsi préjudice au médecin et au pharmacien. Ces remèdes, messieurs les administrateurs, vous les achetez pour les malades de l'hospice et vous ne vous doutez pas qu'ils sont vendus au dehors.

« La spécialité ruinera bientôt la médecine et la pharmacie ; elle fera encore plus : elle fera perdre au médecin l'habitude de formuler et les quelques notions de thérapeutique qu'il possédait au sortir de l'école. Elle ruinera le médecin, car bien des gens ne se soignent qu'avec la quatrième page des journaux et n'appellent le médecin qu'*in extremis* après le curé et le notaire ; elle ruinera le pharmacien, car, en revendant la spécialité, celui-ci n'a pas assez de bénéfices ; l'inventeur en prend une grosse part, ce qui lui fait faire fortune malgré le coût considérable des annonces, prospectus, etc.

« Bien peu de spécialités sont bonnes et les guérisons annoncées sur le prospectus n'existent que sur le papier.

« La trop faible rémunération qu'on donne, à regret, au médecin consciencieux, nuit à la médecine surtout chez nous. Je vois qu'à Soissons ou tout auprès, les visites sont tarifées 2 fr. au minimum; chez nous elles sont à 0 fr. 50, 0 fr. 75, 1 fr. et 1 fr. 50. Quant aux opérations on nous les paie si peu, que nous ne désirons pas en faire, car nous nous ruinerions à payer les instruments.

« Pour vous en donner un exemple, une opération d'hydrocèle double, volumineuse et ancienne, chez un rentier, m'a été payée après guérison complète 10 fr Voulez-vous aller porter plainte au juge de paix, parce qu'on ne vous paie pas ou qu'on vous paie trop peu, vous êtes peu écoutés comme le disait M. le Dr R. de Lyon, et comme en général, vous ne portez plainte qu'après un an et un jour, on invoque la prescription.

« Enfin nous avons les fameuses sociétés de secours, véritables fléaux dans notre localité. Presque tous les hommes font partie d'une société. Pour la moindre des choses ils dérangent le médecin ; le jour, la nuit, peu leur importe. Après tout, disent-ils, le médecin est payé : et savez-vous comment il est payé ? Il reçoit 2 fr. par an, de chaque sociétaire soigné.

« Ainsi si dans une société de 100 membres, depuis le 1er janvier jusqu'à la St-Sylvestre, 25 désirent vos soins, vous devez allez les voir de jour, de nuit chaque jour, s'il le faut et même plusieurs fois par jour, et à la fin de l'année vous allez toucher chez les trésoriers la forte somme de 50 fr.

« L'an dernier, j'ai calculé que la visite de jour ou de nuit, avait été payée fort cher, à peu près 0 fr. 02 centimes et demi. Souvent encore le sociétaire se joue du médecin au moyen d'une ruse qu'il faut vous dénoncer : a-t-il sa femme ou son enfant malade, il feint d'être souffrant, vous envoie demander pour lui et après vous avoir fait part de son mal, parfois imaginaire, vous prie d'examiner soit son enfant, soit sa femme, soit même quelquo voisine qui se trouve là *comme par hasard*. Vous croyez qu'ensuite il va vous remercier et vous payer des honoraires pour les visites faites à sa famille. Oh non !! Et si vous réclamez, il vous répond : C'est pour moi sociétaire que vous êtes venu ; vous ne vous êtes pas dérangé pour voir mon enfant, puisque vous étiez dans la chambre. Combien ne vous paient pas, et vous disent : vous êtes bien assez riche. Ils ne se doutent pas que bien souvent nous sommes obligés de serrer le ceinturon. Avec tout cela, comment voulez-vous qu'un médecin puisse vivre à la campagne ! S'il n'a un bon patrimoine, il sera condamné à mourir de faim, après avoir passé les plus belles années de sa vie à épuiser sa santé. Et maintenant que nous allons avoir tant de Facultés, le nombre des médecins va en-

core s'accroître mais le niveau des études descendre.

« Agréez, cher Monsieur et confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

« Dr FOCH,
« *Membre fondateur.* »

Ce récit est-il assez navrant et ne serait-il pas de nature à désillusionner les jeunes gens que les nouvelles facultés, créées ou à créer, vont solliciter d'entrer dans notre belle, mais bien ingrate carrière?

Rien n'est éloquent comme ces chiffres; s'il est un remède à de pareilles situations, nous ne pouvons le voir que dans l'entente, l'association. Les grèves nous sont interdites par notre sentiment du devoir d'humanité. Mais ce sentiment n'empêche pas un accord, et nous sommes heureux, à ce sujet de dire à notre confrère : affiliez-vous à l'association générale du département et en ce qui concerne les sociétés de secours mutuels, tâchez d'arriver dans votre localité, au résultat auquel sont arrivés un certain nombre de nos confrères de Bordeaux, qui ont fondé une association désignée sous le titre de :

COMITÉ MÉDICAL
FONDÉ EN 1864.
POUR LE SERVICE DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS.

« En 1864, un groupe de Médecins désireux d'apporter leur concours professionnel au fonctionnement des Sociétés de secours mutuels, créa un Comité destiné au service médical de ces Sociétés.

« Procurer aux membres participants la faculté de choisir librement leur Médecin, loin de toute pression, et cela, sans aggraver les charges financières des Sociétés, sans modifier leur fonctionnement administratif, tel fut le double but qui inspira le *Comité Médical*, et tel est le double résultat qu'il a obtenu. Une expérience de quinze années le prouve d'une manière péremptoire.

« Voici en quoi consiste l'organisation que le *Comité Médical* est parvenu à introduire dans dix-sept Sociétés de la ville.

« Une liste de vingt-un Médecins dont le nombre peut s'accroître, et qui sont disséminés dans les divers quartiers de la ville, est présentée aux membres des Sociétés et chacun d'eux choisit celui qu'il désire. En janvier et en juillet de chaque année, les Sociétaires peuvent faire un nouveau choix, à leur convenance.

« A la même époque, la Société dresse une liste de tous les Membres participants, avec leur adresse et le nom du Médecin qu'ils ont choisi. Cette liste est remise au Trésorier du *Comité Médical*, qui, à la fin de chaque trimestre, reçoit du Trésorier de chaque Société les honoraires dus et les répartit sans intervention de la Société.

« Par cette combinaison, le Sociétaire redevient ce qu'il doit être, un client ordinaire, choisissant son médecin, et le Médecin, choisi et non plus imposé, trouve de la sympathie chez le malade qui lui demande ses conseils et ses soins.

« Les Sociétaires dont le domicile est éloigné, s'adressant de préférence à l'un des Médecins de leur quartier, sont assurés de recevoir des soins aussi assidus que les clients ordinaires, ce qui est presque impossible, lorsqu'une Société, se trouvant disséminée dans les divers quartiers de la ville, et souvent dans des quartiers excentriques, n'a qu'un Médecin pour faire tout son service.

« Ajoutons que les Membres du *Comité Médical*, très compétents dans toutes les questions qui se rapportent à la bonne administration des Sociétés de secours mutuels, savent remplir avec conscience le rôle administratif qui leur est confié, et sans lequel aucune Société ne peut fonctionner avec prospérité. C'est une raison sérieuse qui doit désigner le *Comité Médical* au choix de ces Sociétés. »

Suivent divers articles de règlementation des séances du Comité, élection du bureau, etc. ..

Voici les règlements qui régissent les adhérents du *Comité médical :*

RÈGLEMENT.

ARTICLE 1. *Le* COMITÉ MÉDICAL *traite avec les sociétés, à leur gré, soit par le mode à l'abonnement, soit par le mode à la visite.*

ARTICLE 2. *Le Comité reconnaît deux espèces d'abonnement : l'un de 4 francs par an,* obligatoire *pour les membres participants, et l'autre purement facultatif de 8 francs par an, en faveur de la famille du sociétaire, comprenant la femme seule ou avec enfants* au-dessous de dix-huit ans, *habitant sous le même toit.*

Le Comité ne regarde comme membres participants que les Sociétaires inscrits sur les listes qui lui sont remises.

La veuve d'un sociétaire, dans ces mêmes conditions, peut participer aux mêmes avantages.

Les honoraires médicaux sont payables par trimestre, à terme échu pour les abonnements obligatoires, *et rigoureusement d'avance pour les abonnements facultatifs.*

ARTICLE 3. *Dans la première quinzaine de chaque semestre, ou aussitôt après leur adhésion, les Sociétés envoient au Trésorier du Comité une liste dressée d'après un modèle spécial et comprenant, sans aucune exception, tous les membres participants.*

Cette liste n'est pas exigée des sociétés qui traitent à la visite.

ARTICLE 4. *Pour éclairer les sociétaires sur le choix d'un médecin, un tableau contenant les noms des membres du* COMITÉ MÉDICAL *est affiché en permanence dans la salle de réunion des sociétés et lu aux sociétaires en temps opportun.*

ARTICLE 5. *Tout sociétaire est maintenu de droit au nom du Médecin qu'il a choisi antérieurement, s'il n'en désigne pas un autre en temps opportun.*

Tout sociétaire nouveau qui ne fait pas choix d'un médecin, est inscrit d'office au nom de celui qui est le plus rapproché de son domicile.

Toute modification à cette liste (admission, démission, radiation, décès, etc.) doit être notifiée le plus tôt possible au Trésorier du COMITÉ MÉDICAL ; *un double doit en rester entre les mains de la Société.*

L'exactitude de cette liste est indispensable pour la régularité du service médical.

ARTICLE 6. *La remise de la Carte ou du Livret, dont les Sociétaires sont munis, est indispensable pour appeler le Médecin. Cette remise doit être faite à l'heure la plus matinale possible.*

ARTICLE 7. *En cas d'urgence bien motivée, le malade a le droit de s'adresser, pour la première visite, au membre du* COMITÉ MÉDICAL *le plus voisin, en attendant que le Médecin ordinaire, régulièrement averti, puisse se rendre auprès de lui.*

ARTICLE 8. *Toutes les fois que le Médecin jugera que le malade peut se rendre sans inconvénient dans son cabinet, celui-ci est invité à s'y transporter.*

ARTICLE 9. *Le mode à la visite est tarifé comme suit : 2 fr. par visite ; 1 fr. par consultation dans le cabinet ; 2 fr. par certificat d'admission. Cette dernière somme est payable immédiatement.*

ARTICLE 10. *En cas de consultation, les médecins*

consultants et le médecin traitant perçoivent au comptant chacun 10 fr. d'honoraires, s'ils font partie du Comité médical. *Si les médecins consultants sont étrangers au* Comité, *le médecin traitant perçoit les mêmes honoraires que ces derniers.*

Article 11. *Le* Comité *donne ses soins aux sociétaires domiciliés dans la partie de Bordeaux limitée par la Garonne et par le Boulevard. Quant aux sociétaires domiciliés à la Bastide, dans la paroisse St-Augustin et sur le territoire des communes limitrophes du Boulevard, ils sont invités à s'entendre au préalable avec les médecins du* Comité *qui voudraient bien se charger de ce service.*

Article 12. *Sont rémunérés suivant accord entre les intéressés, les accouchements, les cas de grande chirurgie, et en général toutes les maladies dont les charges n'incombent pas d'ordinaire aux sociétés, comme celles qui proviennent de libertinage, d'excès de boissons, d'actes téméraires, de rixes dans lesquelles le malade a été l'agresseur. Les accidents chirurgicaux et les maladies qui donnent lieu à des dommages-intérêts, soit à l'amiable, soit par voie judiciaire, restent en dehors du présent règlement, et les honoraires qui les concernent, fixés suivant les usages, sont réclamés par qui de droit.*

Article 13. *Les médecins du* Comité *s'engagent à ne pas prendre une société quittant le* Comité, *si ce n'est à un tarif supérieur.*

Article 14. *Le* Comité *promet une sollicitude spéciale pour les intérêts financiers des sociétés, particulièrement pour les prescriptions pharmaceutiques.*

Règlement approuvé par le Comité médical *dans sa réunion du 29 octobre 1879.*

Suit la liste des sociétés adhérentes au *Comité* et celle des 21 médecins de Bordeaux composant le *Comité*. Nous sommes heureux de constater que plusieurs de nos membres-fondateurs en font partie.

Serait-il impossible aux médecins qui exercent à Grenade-sur-Garonne de se modeler sur cet exemple et de résister ainsi à l'exploitation dont ils sont les victimes?

L'entente sur la question des sociétés de secours pourrait certainement leur permettre, puisque leurs intérêts sont semblables, de se concerter sous d'autres rapports.

Quant à la question de l'exercice de la médecine par les sœurs, elle sera l'objet d'une étude dans un de nos prochains numéros.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES D'ÉTRENNES

Qui n'a pas de cadeaux à donner à l'occasion du jour de l'an ! Nos confrères, du *Concours médical*, qui sont dans ce cas, et ils sont sans doute nombreux, nous sauront gré, nous l'espérons, de leur donner quelques renseignements sur un genre de cadeaux de mieux en mieux accueillis, grâce à leur grande utilité et grâce aussi à l'habileté et au bon goût de nos éditeurs. On comprend que nous voulons parler des *Livres d'étrennes.* Sans contredit, une des maisons les plus recommandables, sous ce rapport, est la Librairie Hachette et Cie qui a voulu, cette année comme les précédentes, publier plusieurs beaux ouvrages spécialement destinés à cet usage.

Au premier rang et parmi les livres de grand luxe et grand format qui rappellent le *Roland furieux*, qui a eu tant de succès, il y a un an, signalons l'*Histoire de Tobie*, enrichie de 14 grandes compositions gravées à l'eau-forte, d'après les dessins originaux de Bida, par MM. Bida, Boilvin, etc., etc., et de 42 têtes de chapitres lettres ornées et culs-de-lampe, et gravées sur bois avec encadrements et titre imprimés en rouge. C'est un magnifique volume grand in-folio ; (broché, 50 fr.; richement cartonné avec fers spéciaux, 60 fr.)

Inutile de faire l'éloge d'une semblable publication, surtout quand elle sort d'une semblable maison.

Dans le format in-4° nous remarquons la *Suisse*, études et voyages à travers les 22 cantons, par Jules Gourdault, deuxième partie, comprenant Apenzell, etc., et contenant 375 gravures sur bois. La première partie a paru l'année dernière. Chacun de ces volumes de grand luxe coûte : 50 fr. broché ; 70 fr. richement relié, avec tranches dorées. Nous regrettons de ne pouvoir nous appesantir sur les 750 gravures qui ornent ce splendide ouvrage et qui rappellent les monuments, splendides, les sites pittoresques, les montagnes, les lacs, etc., de ce pays si curieux que les touristes ne cessent d'admirer.

C'est encore dans le format, in-4° que paraît : *Le Tour du Monde*, nouveau journal de voyages, publié sous la direction de M. Edouard Charton. L'année 1879 contient des voyages particulièrement intéressants, parmi lesquels nous citerons : d'*Orenbourg à Samarkand*, par Mme de Ujfalvy Bourdon ; du *Docteur Harmand*, son excursion scientifique dans le Laos et chez les populations sauvages de l'Indo-Chine ; *Haïti*, de M. Edgard-La-Selve, etc.

Cette publication, particulièrement intéressante est illustrée par nos meilleurs artistes ; elle renferme de nombreuses cartes et des plans qui permettent de suivre, avec la plus grande facilité, les voyageurs au milieu de toutes leurs péripéties, parfois si émouvantes. L'année 1879, brochée en un ou deux volumes coûte 25 fr. Le prix de la reliure varie suivant sa nature.

Le format in-8 comprend un plus grand choix de volumes. Citons en première ligne, l'*Histoire de la Gravure*, par M. G. Duplessis, sous-directeur adjoint au cabinet d'estampes de la Bibliothèque nationale, contenant 37 gravures en taille-douce reproduites par l'hélio-gravure d'après les plus belles épreuves de gravures anciennes, par Amand Durand, et 37 gravures en relief imprimées dans le texte (broché 25 fr. — relié avec fers spéciaux, tranches dorées, 32 fr.). *Le Tour du Monde* pourrait déjà contenter les amateurs de géographie ; mais ceux qui cultivent cette science dont l'ignorance est à tort croyons-nous, proverbiale dans notre pays devront être satisfaits avec la *Nouvelle Géographie Universelle*, la *Terre et les Hommes*, par Elisée Reclus. Le Tome V, traité de l'Europe Scandinave et Russe, contient 9 cartes tirées à part et en cou-

leurs, 200 cartes insérées dans le texte et 80 gravures sur bois d'après les dessins de MM. Barclay, Beaudouin, etc. (prix broché, 30 fr. — richement relié avec fers spéciaux, dos en maroquin, tranches dorées, 37 fr.). Ce volume forme le complément de la Géographie de l'Europe dont le commencement se trouve dans les quatre premiers.

Ceux qui aiment l'histoire exposée sous une forme attrayante et pittoresque, auront le choix entre l'*Histoire de France* (1789--1846) racontée à mes petits-enfants, par M. Guizot, et l'*Histoire des Romains*, par M. Duruy. Chacun de ces ouvrages comprend deux volumes magnifiquement illustrés (broché, 25 fr. — richement relié, 32 fr.) Le nom des auteurs nous dispense de tout éloge. Nous allions oublier le *Journal de la jeunesse*, ce magnifique recueil où l'histoire naturelle, la physique, l'astronomie, etc., sont généralement présentées sous forme de récits attrayants qu'on peut mettre sans crainte entre les mains de la jeunesse (chaque année forme deux beaux volumes brochés, 20 fr). Les voyages où il y a tant à apprendre occupent une large place que nous ne pouvons guère que signaler. Voici *Pérou et Bolivie*, voyage descriptif et archéologique, par M. Charles Wienex, illustré de plus de 1,100 gravures et accompagné de 40 cartes ou places (broché 25 fr. relié, 32 fr.). Avec le *Voyage à la mer polaire*, du capitaine Nares, nous pénétrons dans un autre hémisphère d'où nous redescendons avec M. Nicolas Prejvalski dans la *Mongolie et le Pays des Tangoutes* (broché, 10 fr. relié, 14 fr.), pays qui jusque-là était à peine exploré.

Faisons aussi remarquer la nouvelle collection in-8 à l'usage de la jeunesse et dont les principaux ouvrages sont *Franchise*, par Madame Colomb; *Robert Darnetal*, par Ernest Daudet; les *Animaux étranges*, par Madame Demoulin; le *Chien du Capitaine* (Trop Curieux — les roses du Docteur — le Mont-Saint-Michel), par Louis Enault, *Mandarine* par Mademoiselle Zénaïde Fleuriot, *Raoul Daubry*, chef de famille, par le même auteur, *Un Nid*, par Madame de Witt, née Guizot, et le *Neveu de l'Oncle Placide* (3e et dernière partie), par J. Girardin. Ceux qui possèdent les deux premières parties s'empresseront de se procurer celle-ci pour connaître à fond cette histoire si curieuse dont le dénouement les intriguait depuis si longtemps. Chacun de ces volumes est magnifiquement illustré (broché, 5 fr. relié, 8 fr.).

Pourquoi ne pas y ajouter *le Pays de Rirha, Ouargla*, voyage à Rhadamès, par Victor Largeau (in-18, broché, 4 fr.; relié tranches dorées, 5 fr. 50). Est-il rien de plus intéressant que les *Trois voyages dans l'Afrique occidentale* (Sénégal — Gambie — Casamance — Gabon — Ogooué), par Alfred Marche (in-18, broché, 3 fr.; relié, 5 fr.

Voici la *Bibliothèque des merveilles*, belle collection de petits volumes illustrés, plus intéressants les uns que les autres (broché, 2 fr. 25 ; relié, 3 fr. 50), parmi lesquels nous avons remarqué les *Tombeaux*, de M. Augé, qui nous avait donné, l'année dernière un si pittoresque *Voyage aux sept merveilles du monde ;* la *Lumière électrique*, par M. le comte Du Moncel, de l'Institut, intéressant ouvrage où se trouve clairement exposée la question aujourd'hui discutée de ce nouveau mode d'éclairage. C'est peut-être encore avec plus de plaisir qu'on lira le *Patriotisme*, de Lacombe, et les *Inondations*, de Landrin.

Terminons cette trop rapide revue par les jolis livres de la *Bibliothèque rose illustrée* (broché, 2 fr. 25 ; relié tranches dorées, 3 fr. 50), qui s'est aussi enrichie de plusieurs nouveaux volumes, parmi lesquels nous nous plaisons à citer : *Sous les Lilas*, par Miss Alcott ; *Tranquille et Tourbillon*, par Mlle Zénaïde Fleuriot ; *Neridah*, par W. de Fonvielle (2 vol.); la *Disparition du grand Kraus*, par J. Girardin ; *Aller et retour*, par Mlle J. Gouraud, etc.

Il est indispensable d'ajouter que tous les ouvrages dont nous venons de parler et dont la plupart sont mis en vente uniquement à l'occasion du jour de l'an, renferment tous, suivant leur importance et suivant le besoin du texte, ces magnifiques gravures dues à l'habile crayon de nos meilleurs artistes, et qui, depuis si longtemps, ont élevé à un si haut rang la réputation de la Librairie Hachette. Le peu que nous avons dit suffit à faire comprendre le mérite d'éditeurs qui ne reculent devant aucun sarifice pour donner à leur œuvre le cachet artistique qui la distingue.

Dr A. B.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DES ACCIDENTS PUERPÉRAUX.

D'après M. le professeur PETER (1).

Se souvenir que lorsqu'il s'agit de combattre des phlegmasies de cette nature, *les minutes comptent comme des journées*. Donc il n'est pas indifférent d'employer une médication qui met plusieurs heures à agir ou telle autre dont l'action est immédiate.

Les éléments du problème sont les suivants : du côté de la malade, étant donné d'une part :

1° Les accidents puerpéraux.
2° La nature phlegmasique de ces accidents.
3° La tendance pyogénique de l'affection.
4° Le siège primitif habituel des lésions ; l'utérus, ses lymphatiques et ses sinus veineux ; le péritoine utérin, pelvien et général.

D'autre part :

1° La *tendance extensive des lésions*.
2° La rapidité d'évolution du mal puerpéral.

Du côté du médecin il faut :

1° Mettre en œuvre une suffisante énergie;
2° Gagner le mal de vitesse.

La *douleur* est le premier symptôme. C'est une douleur phlegmasique. La morphine serait donc im-

(1) Leçons de clinique médicale, t. II.

puissante et inutile, ce serait « mettre un baillon à la sentinelle nerveuse qui jette le cri d'alarme et indique le lieu comme l'étendue de la lésion. » Les vésicatoires mettent trop de temps pour agir. Il faut appliquer des *ventouses scarifiées* ou des *sangsues*. Un mieux constant et immédiat suit cette application. M. Peter fait mettre ordinairement six à huit ventouses scarifiées sur le bas-ventre, au niveau de l'une ou de l'autre corne utérine ou des deux à la fois, suivant le siège du mal ; ou bien une douzaine de sangsues, qu'on laisse couler une demi-heure ou une heure.

Ensuite on pose un vésicatoire volant de 10 à 12 centimètres carrés. Après cela : cataplasmes bien chauds et modérément épais sur le bas-ventre, ou tout au moins fomentations émollientes.

Injections vaginales deux ou trois fois par jour à l'aide d'eau chaude, rendue narcotique par le pavot en décoction et antiputride par un liquide approprié.

La perte de sang plus ou moins considérable due à l'accouchement et l'anémie qui en résulte ne contrindiquent pas l'emploi de l'émission sanguine.

M. Peter regarde les *onctions mercurielles* et les *applications de collodion* comme des pratiques, non seulement inutiles, mais encore nuisibles. Elles sont inutiles, car elles n'ont jamais donné le moindre bénéfice, elles sont nuisibles parce qu'elles font perdre un temps précieux. Aller vite et agir vigoureusement, voilà l'indication.

Le traitement général doit s'attaquer à l'élément fébrile et à l'élément putride. On donnera le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme à 1 gramme et demi, la limonade vineuse (un tiers de vin, deux tiers de limonade), des grogs, ou la potion de Todd, à 40 grammes d'eau de vie pour 100 grammes de julep, additionné de 2 grammes d'extrait de quinquina. — Un verre d'eau de Sedlitz, tous les deux ou trois jours. Lait et bouillon froids.

Dans les cas de moyenne intensité on peut espérer obtenir ainsi une amélioration, parfois la guérison.

TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE PAR LES PULVÉRISATIONS D'ÉTHER

Le Dr Lubelski, médecin des hospices de Varsovie, a fait connaître un moyen très simple et d'un emploi très facile pour combattre les vomissements incoercibles de la grossesse.

Dès la première apparition des vomissements ou même des nausées qui la précèdent habituellement, M. Lubelski prescrit l'emploi d'une douche d'éther pulvérisée, à l'aide de l'appareil de Richardson, à la région épigastrique et à la partie correspondante de la colonne vertébrale. Cette douche doit être prolongée pendant 3 à 5 minutes et même plus longtemps, si la femme s'en trouve bien ; on doit la renouveler toutes les trois heures.

M. Lubelski a aussi employé la pulvérisation de chloroforme qu'il alterne avec celles d'éther.

En général, dans les observations du médecin polonais, le succès a été constant et le soulagement immédiat.

M. Dujardin-Beaumetz a aussi employé ce moyen. Une jeune femme, au deuxième mois de la grossesse, était atteinte de vomissements incoercibles qui ne lui permettaient pas de conserver aucun aliment solide ou liquide. Après avoir essayé sans aucun résultat tous les moyens proposés en pareil cas, M. Dujardin-Beaumetz eut recours au traitement préconisé par M. Lubelski.

Voici comment il procédait : immédiatement après le repas, on faisait pendant cinq minutes, avec l'appareil de Richardson, des pulvérisations d'éther vers le milieu de la région dorsale, et au niveau de l'estomac. Les vomissements cessèrent presque aussitôt. Le traitement fut suspendu au bout de huit jours, les vomissements avaient disparu pour ne plus reparaître.

A ce propos, on peut faire plusieurs remarques, les vomissements des trois premiers mois de la grossesse cessent parfois brusquement, lorsque l'utérus ayant acquis un développement déjà assez considérable commence à s'élever au-dessus du pubis, et lorsque le ventre prend une dimension plus considérable. Les vomissements peuvent persister ou se reproduire plus tard. C'est surtout alors qu'ils prennent leur caractère de gravité le plus alarmant.

Il n'est pas à dire cependant que les vomissement des trois premiers mois de la grossesse ne doivent pas être traités et qu'il faille attendre leur cessation naturelle. Leur fréquence, parfois extrême, comme dans l'observation de M. Dujardin-Beaumetz, est de nature à compromettre gravement la vie de la femme et le développement de l'enfant. On doit donc avoir recours au traitement de M. Lubelski, surtout si on considère sa parfaite innocuité.

On a vanté bien des moyens contre les vomissements de la grossesse, entre autres le chloral. C'est plutôt en lavements que ce médicament doit être administré dans ces cas, car le chloral a une action sur l'estomac et peut provoquer, à lui seul, les vomissements.

Quant au mode d'action des pulvérisations d'éther, on pourrait invoquer une action réflexe. Contre les vomissements, on a préconisé les vésicatoires sur le creux épigastrique qui a, en effet, des rapports avec l'estomac.

Rappelons que dans un précédent numéro (voir *Concours Médical, n° 3*), nous avons fait connaître le mode de traitement du Dr Copeman (Dilatation du col).

CHRONIQUE

L'OZONE ET LES ÉPIDÉMIES CATARRHALES. — Depuis que le professeur Andrews, il y a quelques années, a déterminé la présence de l'ozone dans l'atmosphère, on a fait, dit le *Times*, de nombreux efforts pour découvrir les rapports, s'il en existe, entre la présence de l'ozone en grande quantité dans l'air et l'apparition d'épidémies catarrhales, et entre sa diminution et les épidémies cholériques. On a fait des expériences sur les effets de l'ozone, artificiellement préparé, sur des animaux vivants, et on en a induit ses résultats probables sur l'homme.

Dans un mémoire très intéressant sur ce sujet du professeur Barlow, de Glascow, que vient de publier le dernier numéro du *Journal of Anatomy and Physiology*, on passe en revue les principaux effets produits par la respiration de l'ozone. Le docteur Barlow a répété la plupart des expériences ; les résultats qu'il a obtenus méritent par leur importance qu'on en donne une analyse.

L'ozone déprime le système nerveux, probablement en faisant passer dans le sang un excès de bioxyde de carbone. Il diminue la respiration normale et par là l'action du cœur ; ces phénomènes sont probablement causés par l'action de l'ozone sur la membrane muqueuse des poumons.

L'altération de cette membrane par l'ozone, s'il existe en grande quantité ou si l'air respiré con-

tient beaucoup de bioxyde de carbone, peut produire la mort par asphyxie en une heure. Si les proportions sont moins fortes, la mort peut encore être le résultat de la bronchite ; ce genre de mort peut se produire par l'inhalation pendant une heure d'une atmosphère contenant en poids une partie d'ozone sur 100 parties d'air. Il n'y a rien qui justifie cette opinion, que l'ozone entre dans la circulation.

Ces résultats semblent établir que les épidémies catarrhales (inflammation des membranes muqueuses des voies respiratoires) peuvent être causées par un excès d'ozone dans l'atmosphère, mais malheureusement la quantité normale d'ozone dans l'atmosphère, n'est pas exactement connue, de sorte qu'il est impossible de dire quand il y a excès. Le docteur Barlow, en faisant ses expériences a éprouvé à la tête des douleurs persistantes, et cette affection s'est fortement aggravée par l'inhalation de l'air chargé d'une faible quantité d'ozone.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie

AVIS

A cause du nombre restreint des numéros de notre collection, nous sommes dans l'obligation de prier nos adhérents de nous faire parvenir, en timbres-poste, 0 fr. 25 centimes par exemplaire réclamés.

Nous prions les membres fondateurs d'ajouter, à leur signature, leur numéro quand ils demandent réponse par la correspondance ; ils nous éviteront un travail assez long.

CORRESPONDANCE

— Dr J., à A. (Indre), 9 novembre.
Nous vous prions, comme tous nos confrères qui nous les réclament, de nous adresser, en timbres, le montant des numéros demandés, à 0 fr. 25 cent. par exemplaire. Vous êtes inscrit participant.

— Dr F., à M. (Bouches-du-Rhône), 11 novembre.
Vous avez parfaitement raison. Les sociétés de secours mutuels ont tort d'étendre, à notre détriment, les avantages de leur fonctionnement aux gens aisés. Mais la concurrence que nous nous faisons, les uns aux autres, ne permet pas, généralement, de se soustraire à ces inconvénients, qui ne feront que s'accroître. Les sociétés médicales peuvent seules remédier, par une entente, à cet état de choses.

— Dr P., à N. à B. (Loiret), 12 novembre.
Nous vous inscrirons comme participant. Jamais, jusqu'ici, nous n'avions reçu votre adhésion et n'avons pu, en conséquence, vous ranger parmi les mille fondateurs.

— Dr L., à B. (Hérault), 12 novembre.
Nous vous serions obligés de réclamer vous-même, par carte-poste, les catalogues et échantillons. On vous a envoyé les numéros. Vous trouverez à la 4e page annonces, le *quantum* des réductions.

— Dr D., à E. (Nord), 13 novembre.
Nous vous avons envoyé les neuf numéros réclamés. Mais comme ils vous avaient été adressés régulièrement, nous vous prions de porter votre plainte à la poste de votre ville, en signalant les numéros égarés. C'est nous rendre un vrai service que de faire cette démarche et nous écrire à l'avenir les irrégularités de l'arrivée du *Concours médical.*

— Dr B., à R. (Loire), 15 novembre.
Nous vous envoyons les numéros parus. Que vos amis se hâtent pour jouir de la gratuité de participation. La formule d'adhésion imprimée n'est pas indispensable ; une lettre suffira. — Ce dont vous êtes redevable est indiqué dans la correspondance précédente.

— Dr L., à C. (Loir-et-Cher), 15 novembre.
Vous pouvez employer l'autre formule pour un de vos amis.

— Dr L., à C.-s.-B. (Meurthe-et-Moselle), 15 novembre.
Nous envoyons votre lettre à M. G..., en vous priant, à l'avenir, de vous adresser à lui directement. Les spécialités que nous avons indiquées jusqu'ici et dont vous reconnaissez la valeur, suffisent à bien des indications. Nous signalons celles-ci à mesure de l'espace dont nous pouvons disposer.

— Dr A., à G. (Bouches-du-Rhône), 15 novembre.
Nous vous envoyons la collection du journal. Vous y trouverez la réponse à votre question. — Nous comptons sur les adhésions promises.

— Dr L., à L. (Saône et-Loire), 15 novembre.
Vous pouvez réclamer en toute sécurité, nous sommes certains de la régularité de nos envois.

— Dr B., à L.-M.-d'A. (Isère), 15 novembre.
Oui, nous n'avons demandé aucun engagement pécuniaire. Nous comptons sur le concours moral. Nous sommes très sensibles à l'expression cordiale de votre sympathie active.

— Dr E. de la R., à M. (Alpes-Maritimes), 16 novembre.
On fera la mention réclamée.

— Dr Bz., à Marseille (Bouches-du-Rhône), 17 novembre.
Vous ne devez rien, — Nous nous efforçons d'insister sur le traitement. — Dans une feuille d'annonces et hors du journal les observations autorisées nous paraissent à leur place. — Soyez assuré que le journal restera, ce qu'il est.

— Dr Ch., à L. (Maine-et Loire), 18 novembre.
Vous êtes inscrit et devez recevoir régulièrement le journal.

— Dr P., à D.-s.-M., 19 novembre.
« *J'ai le plaisir de vous adresser cinq nouvelles adhésions à votre excellente œuvre ; nos confrères commencent à entrevoir qu'il y a là un avenir gros d'espérances, dès l'instant que vous serez assisté sérieusement par nous. Ce qui leur manquait c'était la foi dans votre projet. Aujourd'hui qu'il est exécuté, ils sont bien forcés de croire. Avant peu, j'en suis convaincu, quand ils auront bien compris les avantages que notre profession et chacun de ses membres personnellement peut retirer d'une entreprise si féconde, ils deviendront les apôtres les plus convaincus et par suite les plus convaincants....... Pourquoi le journal n'est-il plus coupé ? C'est pour nous une gêne. Laissez-moi vous remercier des économies que j'ai déjà réalisées par nos fournisseurs et vous féliciter de vos choix et de la* rédaction du journal, etc... »
Nous n'avons pas rogné le journal à cause de l'exiguïté des marges, On réclamait à ce sujet.

— Dr P., à P.-l.-M., 20 novembre.
Merci de votre concours scientifique. Votre travail sera, certes, inséré et nous comptons sur votre promesse pour d'autres communications.

— Dr M., à P.-St-V. (Haute-Marne), 20 novembre.
Merci de votre concours. — Nous attendrons votre observation.

— Dr L., à C. (Oise), 20 novembre.
« *M. l'Administrateur, je tiens à vous remercier de l'économie de temps et d'argent que j'ai faite à mon dernier voyage à Paris. J'ai trouvé chez M. Weill de la bonne papeterie, avec une remise sérieuse. La maison Berthier m'expédiait à l'hôtel, à 8 heures, avec 15 0/0 de remise, des livres commandés à 4 heures et provenant de six* éditeurs différents. »
Nous recevons beaucoup de félicitations ; mais ces constatations de concours nous sont assez sensibles pour que nous n'ayons pu vous refuser la satisfaction de les insérer.

— Dr G. C., à O. (Puy-de-Dôme), 20 novembre.
Il nous paraît inutile d'insister sur cette question. Vous êtes d'ailleurs parfaitement d'accord avec le Dr T. — Oui et merci, nous recevons des adhésions de votre part. Nous attendrons les articles promis.

— Dr C., à L.-V. (Gard), 21 novembre.
La maison D... fabrique seule ces objets de pansement.— La taxation de douane, à l'entrée, compense le prix moins élevé de la fabrique suisse. — Adressez-vous, en votre qualité de membre du *Concours médical*, à la première.— Merci de vos efforts.

LE
CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
1re Année. — N° 24 13 décembre 1879.

BULLETIN DE LA SEMAINE.

M. Peter a fait connaître des recherches sur les températures locales morbides, d'abord à la Société de Biologie, puis dans ses leçons de clinique médicale; il est venu mardi en entretenir l'Académie de médecine. Nous donnerons un résumé de cette question intéressante.

M. Onimus a donné lecture d'un travail consacré à l'étude de quelques particularités curieuses de la contractilité musculaire et de l'action du curare. Les courants induits ne provoquent la contraction de la substance musculaire que par l'intermédiaire du système nerveux, tandis que les courants qui proviennent directement de la pile déterminent la contraction de la substance musculaire elle-même. D'après ces faits, chez un animal empoisonné par le curare et dont les muscles se contractent encore sous l'influence des courants induits, on peut conclure que l'excitabilité des nerfs moteurs est encore intacte. Cependant le curare tue inévitablement le fonctionnement des nerfs moteurs. Comment expliquer cette sorte de contradiction ?

Tout d'abord, M. Onimus cherche à démontrer que l'action du curare porte sur la partie des nerfs moteurs comprise entre le centre et les plaques terminales. Cette action élective du curare tient à la résistance moindre des troncs nerveux moteurs. Le curare agit sur l'élément nerveux le plus facilement modifiable, et on doit le considérer comme un poison purement dynamique. Son action est fugace, peu profonde, et le poison s'élimine sans laisser aucune trace de son passage. Il tue, pour ainsi dire, accidentellement parce qu'il paralyse momentanément les nerfs moteurs de la respiration. Son action sur la moelle, sur les nerfs sensitifs, sur les nerfs vaso-moteurs est très-faible, et M. Onimus soutient qu'il en est de même des plaques terminales des nerfs moteurs.

Notre confrère du *Journal d'Hygiène*, le Dr de Pietra-Santa a fait ensuite une intéressante communication sur la vaccination animale et sur la nécessité des mesures destinées à vulgariser et à acclimater en France ce procédé de vaccination.

— La question de l'Ecole pratique fait l'objet de nouveaux articles dans la *Gazette des Hôpitaux* et dans l'*Union médicale*. Pour notre part nous croyons que ce dernier journal est très-bien informé et nous jugeons comme lui que l'État ne peut tolérer, sous le prétexte d'enseignement libre, des professeurs particuliers qui profitent des amphithéâtres de la Faculté pour y faire des cours payés par les élèves. Un pareil état de choses ne peut se comprendre maintenant que l'École pratique est reconstituée sur des bases véritablement remarquables, grâce à l'activité, au zèle, au dévouement du chef des travaux anatomiques, M. le Dr Farabeuf.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. CHARCOT

A LA SALPÊTRIÈRE

II

Dans sa première conférence (1), M. le professeur Charcot avait montré que dans la sclérose latérale amyotrophique, on trouve la contracture spasmodique permanente, l'atrophie musculaire et les reflexes tendineux, mais il avait eu soin de prévenir que ces signes ne sont point suffisants pour porter le diagnostic. C'est pour le prouver qu'il met sous nos yeux une femme atteinte de pachyméningite cervicale hypertrophyque dont l'observation est rapportée dans la thèse du docteur Joffroy. Cette femme présente actuellement de la contracture spasmodique permanente des membres inférieurs, de l'exaltation du tendon rotulien, de la parésie dans les membres supérieurs ; elle a la main simienne, et les réflexes tendineux exagérés. Elle n'a aucun trouble de la sensibilité, ni du côté de la vessie. Elle n'a pas de paralysie bulbaire et l'absence de ce symptôme permet d'écarter le diagnostic sclérose latérale amyotrophique. En effet, si l'on remonte dans le passé de sa maladie, on sait que celle-ci dure depuis longtemps, elle a donc dépassé la durée classique de trois années pendant lesquelles évolue nécessairement la sclérose latérale amyotrophique. L'affection a débuté par des douleurs atroces dans les membres inférieurs et dans le thorax ; c'est alors que l'anesthésie est survenue ; bientôt après les membres inférieurs étaient atteints de paraplégie accompagnée de rigidité. C'est que la pachyméningite cervicale n'étant pas systématisée, peut atteindre telle ou telle partie et produire par exemple la paralysie de la vessie,

(1) Voir le *Concours médical* n° 22, 29 novembre 1879.

celle du rectum, des eschares au sacrum. La malade a présenté ce dernier symptôme. L'étude de la marche de la maladie est donc une chose importante à examiner dans les cas où l'on croit avoir affaire à une sclérose latérale amyotrophique.

Cette dernière affection n'est point une vue de l'esprit, une espèce morbide artificielle, un accident e clinique comme le prétend à tort Leiden (de Berlin). M. Charcot l'a si bien décrite que des médecins français et étrangers ont pu en faire le diagnostic vérifié ensuite par l'examen histologique. Il réfute donc successivement toutes les prétentions de Leiden qui avance à tort qu'il n'y a pas de paralysie labio-glosso-pharyngée sans lésion des faisceaux latéraux, que la paralysie s'explique par l'atrophie comme si l'on ne savait pas que les malades atteints de sclérose latérale amyotrophique sont obligés de s'aliter dès la première année, tandis que dans l'atrophie musculaire progressive, ils peuvent marcher pendant huit ou dix ans. Enfin, la paralysie des membres inférieurs survient avant l'atrophie, loin de lui succéder. C'est également à tort que Leiden avance que la paralysie flaccide. Les malades présentés dans la séance précédente avaient les membres très nettement contracturés. Et si la contraction disparaît ou ne s'est pas encore montrée, on peut toujours constater les réflexes tendineux qui ne font jamais défaut.

Leiden n'est pas plus heureux quand il affirme que la lésion occupant les faisceaux latéraux, devrait envahir le bulbe et même la capsule interne, puisque M. Charcot a précisément trouvé des lésions de cette sorte dans la sclérose latérale amyotrophique. Celle-ci est donc bien une espèce nosologique particulière dont on connaît des cas types, ce qui n'empêche pas qu'on ne puisse en rencontrer de frustes. Cette dernière observation peut aussi bien s'appliquer à l'ataxie locomotrice progressive dont M. Duchenne de Boulogne n'a pas donné une description embrassant la généralité des cas.

Il est nécessaire de montrer d'autres exemples où l'on peut constater la contracture spasmodique, l'éxaltation des réflexes tendineux, sans que pour cela on puisse penser à diagnostiquer la sclérose latérale amyotrophique.

Cette jeune fille de vingt ans est atteinte d'une paraplégie mal connue qui remonte peut-être à sa naissance, puisque sa nourrice avait déjà constaté la rigidité des membres inférieurs. Elle éprouve une grande difficulté à détacher ses pieds du sol, mais quand elle est assise elle peut, sans fatigue, les tenir plusieurs heures élevés au-dessus du sol. Le phénomène du réflexe tendineux est très manifeste et on n'observe aucun trouble de la sensibilité; on ne constate rien non plus du côté de la vessie, ni du rectum.

Cette femme qui arrive en marchant sur la pointe du pied, est malade depuis l'âge de trente-cinq ans; elle en a maintenant cinquante-neuf. On constate chez elle de l'impuissance motrice, de la contracture, la trépidation de l'épilepsie spinale et l'exagération du réflexe tendineux.

Voici une petite fille atteinte d'hémiplégie spasmodique infantile, avec contracture du côté gauche. Elle présente un pied-bot varus équin ainsi que l'exaltation des réflexes tendineux.

Cette vieille hémiplégique présente également un pied-bot varus équin accompagné d'une distorsion remarquable du pied gauche.

Il y a des maladies des centres nerveux où l'absence du réflexe tendineux et la contracture spasmodique fournissent des caractères négatifs très importants.

Au premier rang se place l'ataxie locomotrice progressive. La malade ataxique qui vient d'arriver en sautillant, ne présente aucun mouvement de la jambe quand on percute le tendon rotulien. Ce caractère négatif est très important dans cette affection; il faut cependant dire que certains ataxiques présentent l'exagération des réflexes tendineux, mais ce sont des cas tout-à-fait anormaux.

Ce petit garçon de deux ans est atteint de paralysie spinale infantile; c'est un type de paralysie flacide, non spasmodique. La percussion du tendon rotulien ne produit aucun phénomène, bien que chez les enfants le réflexe tendineux soit généralement assez prononcé.

La malade hystérique qui passe maintenant sous nos yeux est atteinte d'hémianesthésie droite, d'achromatopsie droite, de parésie du côté droit. Elle a des attaques hystéro-épileptiques. On la contracture très facilement avec l'aimant. Au moment où le professeur percute le tendon rotulien, non seulement la jambe, mais l'avant-bras droit exécutent des mouvements involontaires. Cette malade est tellement excitable qu'un rien peut faire naître la contracture chez elle.

Une autre hystérique présente une anesthésie totale un peu plus prononcée à gauche; elle marche assez bien les yeux ouverts, mais, dans l'obscurité, elle s'affaisse immédiatement, parce qu'elle n'a même plus la sensibilité profonde, la sensibilité musculaire. Son membre inférieur gauche ne présente aucune résistance et l'on pourrait croire à l'existence d'une paralysie flasque. Il n'en est rien, car elle présente le phénomène du pied et celui du genou. La contracture est proche, on peut même dire qu'elle débutera par le membre inférieur gauche, car c'est là où se voit le mieux l'exaltation des réflexes tendineux. Il suffit, du reste, de placer un aimant dans le voisinage de la jambe, d'y faire vibrer un diapason, de l'exciter légèrement avec de l'électricité statique ou un courant faradique, pour voir la contracture subvenir très rapidement.

Après ces faits cliniques, il faut aborder l'explication théorique des réflexes tendineux, qui est l'objet principal de la conférence. Les réflexes tendineux appartiennent bien à l'ordre des phénomènes

réflexes. Beaucoup de faits cliniques le démontrent et l'on a vu tout à l'heure, chez l'une des hystériques, la main se mouvoir en même temps que le pied après la percussion du tendon rotulien.

On le démontre rigoureusement par l'expérimentation. A l'état normal, le lapin présente comme l'homme le phénomène du genou. Ce dernier disparaît si, à l'exemple d'un médecin russe, on sectionne la moelle épinière entre la cinquième et la sixième vertèbre lombaire, c'est-à-dire là où sont les origines principales du nerf crural chez le lapin. Les sections médullaires faites au-dessus ou au-dessous de ce niveau n'empêchent pas les réflexes tendineux de se produire. Le phénomène ne se produit plus si l'on coupe la racine antérieure, sous la racine postérieure du crural. Il faut donc l'intégrité de l'axe réflexe, qu'on peut faire commencer aux cellules motrices des cornes antérieures de la moelle, pour suivre la portion motrice du crural, arriver au muscle et au tendon. De celui-ci repartent des nerfs centripèdes, qui, repassant par le muscle, vont aboutir aux racines postérieures et aux cellules œthésodiques qui sont en rapport avec les cellules motrices. C'est ce que M. Charcot appelle l'axe diastaltique ou réflexe musculaire tendineux. Quand on percute le tendon, les nerfs centripèdes communiquent l'excitation aux cellules œthésodiques, qui, à leur tour, excitent les cellules motrices qui impriment alors le mouvement au tricepscrural. On comprend qu'il s'écoule un certain temps entre le moment où le tendon est frappé et celui où le muscle se contracte.

L'arc diastaltique du réflexe tendineux est différent du réflexe musculo-cutané. En effet, ce dernier ne se rencontre pas chez les hystériques, chez lesquels le premier est si manifeste. Inversement on ne trouve pas l'exaltation des réflexe tendineux chez les ataxiques où le réflxe musculo-cutané est bien conservé.

Quand on excite directement un muscle, il ne se contracte pas immédiatement, il existe entre les deux phénomènes un court intervalle, un temps perdu qu'on a trouvé égale à six millièmes de seconde. Si le phénomène du tendon est bien un réflexe, le temps perdu sera beaucoup plus long et, en effet, M. Brissaud l'a trouvé de 45 à 50 millièmes de seconde.

Les tracés graphiques obtenus avec le myographe sont fort instructifs dans les affections des centres nerveux. Ils montrent très bien la différence du temps perdu. A l'état normal, la ligne horizontale figurant le temps perdu est relativement longue, en même temps que l'onde est courte et peu élevée. A l'état pathologique, la première ligne est plus petite et l'onde s'élève presque brusquement en produisant quelques oscillations qui sont la preuve du dicrotisme. Dans ce dernier cas, la longueur de l'onde est beaucoup plus considérable et cette exagération suffit à montrer qu'on n'a point affaire à un état normal.

Le professeur montre plusieurs de ces tracés obtenus dans des cas particuliers qu'il explique. Selon son habitude, il termine sa conférence par des projections à la lumière électrique montrant différents types de contracture. Un de ces dessins montre que, dans le mal de Pott, la paraplégie est due non au squelette osseux, mais à la pachyméningite. Un autre emprunté au livre de M. Carré de Montgeron, qui a écrit l'histoire de l'épidémie hystérique de Saint-Médard, montre une femme hystérique atteinte d'un pied-bot varus équin, maladie que les médecins éclairés de l'époque, d'après la légende, déclarent être aussi surnaturelle qu'incurable. La malade va sur le tombeau du diacre Paris où elle est prise d'une crise hystérique à la suite de laquelle la contracture a disparu. Un deuxième tableau présente la malade guérie miraculeusement. Les médecins de cette époque ignoraient que le pied-bot varus équin peut être d'origine hystérique.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'OCCLUSION INTESTINALE ET DE SON TRAITEMENT

Les signes cliniques de l'occlusion intestinale chronique sont moins marqués, moins caractéristiques que dans la forme aiguë. Dans la plupart des cas, d'ailleurs, l'arrêt au cours des matières est incomplet; aussi observe-t-on l'issue des gaz par l'anus, et les selles, au lieu d'être supprimées sont diarrhéiques, sanglantes et accompagnées de ténesme, les vomissements sont rares, et ce n'est qu'à une période très avancée qu'ils deviennent fécaloïdes.

Les accidents nerveux manquent absolument dans la majorité des cas. Parfois, cependant, à une période avancée de la maladie, ils arrivent à atteindre une intensité promptement mortelle.

D'autres fois le malade succombe à une complication de peritonite, ou bien à l'apparition d'accidents d'occlusion aiguë. Enfin, tous les symptômes peuvent disparaître plus ou moins complètement et la guérison peut être obtenue comme dans les cas d'obstruction intestinale dus à un amas de matières fécales.

Le diagnostic des différentes variétés d'occlusion intestinale chronique présente de très grandes difficultés.

Sur 56 observations d'*imagination chronique*, le diagnostic n'a été porté que dix fois. Pour M. Rafinesque qui a fait, sur ce point, un très bon travail, si la maladie a été aussi souvent méconnue, c'est que l'attention n'ayant pas été suffisamment attirée sur son existence, sa probabilité n'est pas assez souvent venue à l'esprit. Il est résulté pour moi, dit-il, de l'étude à laquelle je me suis livré la conviction que, dans beaucoup de cas, peut-être même dans la majorité des manifestations de cette maladie, elle pourra et devra être reconnue. C'est là, du reste, l'opinion de plusieurs des auteurs qui se sont le plus occupés de l'intussusception intestinale. Il faut ajouter que, pour réussir, tous les moyens d'exploration dont nous pourrons disposer doivent être mis en œuvre, et tout spécialement le toucher rectal et le palper, facilité au besoin par l'emploi du chloroforme.

« Une douleur intermittente ou paroxystique (*symptôme constant*), des vomissements alimentaires d'abord, puis souvent bilieux, quelquefois mélangés de sang, très-rarement stercoraux ; des alternatives de diarrhée et de constipation, des selles souvent muco-sanguinolentes et accompagnées de ténesme, l'existence d'une tumeur appréciable à travers la paroi abdominale et souvent par le rectum, offrant des caractères spéciaux, tels sont les signes capitaux de la maladie. La marche, quelquefois continue, est beaucoup plus souvent interrompue par des rémissions variables dans leur durée et dans leur degré. Cependant après un temps qui est de trois mois en moyenne, mais qui peut dépasser un an, après une altération profonde de la santé qui simule une affection constitutionnelle, la maladie se termine par le marasme et la cachexie, quand une complication aigue n'est pas venue en abréger la durée. »

Le *rétrécissement de l'intestin*, quelqu'en soit la cause, peut être facilement reconnu aux symptômes suivants, que nous rappellerons brièvement. La constipation est d'abord intermittente, elle est quelquefois accompagnée de coliques abdominales. Les lavements et les purgatifs ont raison de l'une et des autres. Mais à mesure que le rétrécissement augmente, la constipation, les douleurs augmentent aussi, en même temps que se montre le ballonnement du ventre, puis les vomissements alimentaires, bilieux et enfin fécaloïdes. Alors, sous l'influence d'un traitement énergique ou même spontanément, l'obstacle aux matières peut être franchi et la *débâcle* arrive. La scène change complétement et l'état général du malade s'amende à ce point que la guérison paraît assurée Mais une nouvelle série de phénomènes morbides se montre de nouveau. On sait que la terminaison arrive fatalement, soit par perforation de l'intestin au niveau du rétrécissement, soit par suite de la cachexie dont le malade est atteint. Enfin, comme nous le rappellons plus haut dans cette forme d'occlusion chronique comme dans les autres, des accidents aigus peuvent emporter le malade.

Le toucher rectal permettra de reconnaître le rétrécissement, s'il siége à la partie inférieure du rectum. Le diagnostic entre les différentes variétés de rétrécissement se fera souvent par le toucher rectal et surtout par les antécédents et les renseignements fournis par le malade.

L'*obstruction intestinale* due à une accumulation de matières fécales ne présente guère de difffcultés pour le diagnostic. Les polypes de l'intestin ne donnent lieu à aucun symptôme spécial qui permette de le reconnaître. En raison de leur poids, parfois considérable, ils prédisposent surtout aux invaginations.

Les *compressions* exercées par certaines tumeurs abdominales sur l'intestin peuvent être une cause d'obstruction plus ou moins accusée. Ce sont en général des tumeurs ultra-pelviennes qu'on rencontre. Le palper, le toucher rectal et vaginal aideront le praticien à établir un diagnostic. Nous arrivons maintenant aux *flexions anormales* de l'intestin. Elles reconnaissent pour cause des adhérences péritonéales ou bien une paralysie de l'intestin.

Lorsqu'une portion d'intestin, dit M. Besnier, a contracté avec les parties voisines des adhérences morbides, elle est partiellement frappée d'une immobilité qui apporte un obstacle plus ou moins considérable à la libre circulation des matières. Si à ces conditions déplorables viennent se joindre des inflexions plus ou moins prononcées, et plus ou moins multipliées de la portion d'intestin adhérente, l'obstacle au cours des matières peut devenir considérable, complet et amener la mort par lui-même (J. Besnier : *Des strangulations internes de l'intestin*).

Ces inflexions de l'intestin sont plus ou moins marquées. Elles peuvent être à angle aigu et, selon M. Besnier, interrompre complètement le cours des matières fécales. Enfin, au lieu d'être limitées à un point peu étendu, elles peuvent, au contraire, être pour ainsi dire général, et dans ces cas le trouble apporté au cours des matières est d'autant plus grand que l'adhérence est moins étendue.

Les adhérences de l'intestin peuvent se faire avec l'utérus, la vessie, le plancher de l'excavation pelvienne, avec un kyste de l'ovaire, etc., etc. Elles sont assez fréquentes chez la femme après les pelvi-péritonites.

Le symptôme le plus fréquent est la constipation qui alterne avec la diarrhée.

Le diagnostic est le plus souvent très difficile. Une péritonite ancienne pourra mettre sur la voie. Le palper abdominal, le toucher vaginal éclaireront parfois aussi le médecin.

Dans un certain nombre de cas, après avoir observé pendant la vie tous les symptômes de l'occlusion intestinale, l'autopsie ne révèle aucune cause appréciable à cet arrêt des matières, aucun obstacle mécanique. Ce sont ces cas de *pseudo-étranglements* que M. le docteur Henrot a attribué à la *paralysie de l'intestin*. Pour d'autres auteurs, et notamment pour M. Bulteau, les pseudo-étranglements sont dus à « un *trouble de l'innervation sympathique abdominale, trouble dont la cause nous échappe le plus souvent*, mais qui bien certainement ne reconnaît pas pour cause première la paralysie intestinale. La paralysie intestinale, si tant est qu'elle existe, dans ces cas n'est qu'un effet de cette même perturbation nerveuse. »

Que l'origine des pseudo-étranglements, soit de nature inflammatoire, nerveuse ou réflexe, que la paralysie intestinale, si elle existe soit un effet du trouble de l'innervation sympathique abdominale, il faut que le praticien ait ces cas présents à la mémoire, et qu'au lit du malade, il s'efforce de distinguer le vrai du faux étranglement. Malheureusement le diagnostic est plein de difficultés.

Voici, à ce sujet, comment s'exprime M. Bulteau : le début des accidents est souvent mal caractérisé et insidieux ; ils évoluent lentement et progressivement. Très rarement le début est brusque et la marche rapide. Les signes qui caractérisent l'occlusion intestinale n'existent pas fréquemment au grand complet. Les vomissements n'apparaissent qu'irrégulièrement et ne sont fécaloïdes que longtemps après le début de l'affection. La constipation est loin d'être absolue, elle est un fait dominant dans les pseudo-étranglements, mais elle n'est que très rarement complète et opiniâtre, comme dans l'occlusion vraie. De même, il est bien rare que le malade n'ait pas émis quelques gaz par l'anus. La guérison est assez fréquente, soit que les accidents disparaissent spontanément, soit qu'un bon traitement ait enrayé la marche de la maladie. La mort survient dans la fausse occlusion par épuisement nerveux. Pour nous résumer, nous dirons : on ne fera le diagnostic des pseudo-étranglements de l'intestin, que par exclusion, et l'on n'arrivera le plus souvent qu'à un diagnostic de probabilité.

Nous avons d'abord donné les causes de l'occlusion intestinale aiguë et chronique. Nous avons rappelé les éléments du diagnostic des différentes causes de ces deux formes, il faut rappeler le diagnostic du siége de l'occlusion, car c'est en partie sur ces éléments que sont basés le pronostic et le traitement de la maladie.

Diagnostic du siége de l'occlusion intestinale. — M. Bulteau a donné dans son travail, une statistique du siége de 1,137 cas d'occlusion intestinale que nous allons résumer.

Invagination. — Les invaginations peuvent se diviser en invaginations de l'intestin grêle, invaginations ileo-cœcales, ileo-coliques, invaginations ou gros-intestin seul. Les statistiques montrent que les *invaginations ileo-cœcales sont les plus fréquentes*.

Rétrécissements. — Les rétrécissements ont pour siége le plus fréquent le gros intestin (143 cas sur 166), sur 108 rétrécissements cancéreux, 72 fois le rétrécissement siégeait sur le trajet de l'S iliaque et du rectum. Les rétrécissements cancéreux de l'intestin grêle sont *extrêmement rares, et le plus souvent ils sont secondaires.*

Etranglements par brides péritonéales. — Dans l'immense majorité des cas l'occlusion a pour siége l'intestin grêle et plus spécialement la partie inférieure de l'iléon.

Le volvulus a pour siége le plus fréquent l'S iliaque.

Les compressions s'exercent surtout sur le rectum et l'S iliaque.

L'âge du malade est aussi un élément précieux de diagnostic. L'invagination est surtout fréquente chez les enfants ; ainsi, on voit par une statistique de Waren Tay, citée par M. Léon Le Fort à la société de chirurgie, que sur 131 cas dans lesquels l'intestin grêle s'est invaginé dans le colon, il y a 83 enfants de la naissance à 5 ans ; 14 de 5 à 10 ans ; 8 adolescents de 10 à 20 ans ; 18 adultes de 10 à 50 ans ; 3 malades seulement de 50 à 70 ans, et 5 enfants sans désignation d'âge. — Il résulte, d'autre part, des recherches de Pilz (de Stettin), également citées par M. Le Fort, que sur 162 cas d'invagination chez les enfants, 128 fois le siége de l'invagination put être reconnu, et que 72 fois il y avait invagination de l'instestin grêle et du gros intestin dans le colon; 10 fois de l'intestin grêle dans le colon ; 35 fois du colon dans le colon, et 11 fois seulement de l'intestin grêle dans l'intestin grêle

Tandis que l'invagination appartient surtout à l'enfance, les altérations organiques appartiennent à la vieillesse : les étranglements par brides s'observent surtout dans l'âge adulte.

Ces faits connus, résumons les différents éléments de diagnostic qui peuvent permettre d'établir le siége de l'occlusion.

1° *La forme du ventre,* sur laquelle Laugier a appelé l'attention, est un non symptôme *quand on assiste au début des accidents* :

Si l'obstacle siège sur l'intestin grêle : Le ventre est tendu, volumineux dans les régions *épigastrique, ombilicale et hypogastrique,* comme il le serait dans une grossesse de six mois et demi à sept mois ; tandis que les flancs et les deux fosses iliaques sont déprimés et souples.

Si l'obstacle siège sur le gros intestin : la distinction est, dès le principe, générale et égale partout ;

2° La présence d'une tumeur reconnue par la palpation abdominale, est d'un grand secours pour le diagnostic, M. Bulteau qui a réuni pour son travail si intéressant un grand nombre d'observations, croit pouvoir émettre le principe suivant : Lorsque chez un malade qui présente des phénomènes d'occlusion intestinale, on constate par la palpation abdominale soit une tuméfaction profonde, soit une tumeur, quels que soient son volume et sa forme, il est très probable que l'obstacle siége sur le gros intestin ; les tumeurs siégeant sur le trajet de l'intestin grêle et susceptibles d'oblitérer son canal, *sont rares relativement à celles du gros intestin.* Les statistiques montrent que le cancer isolé de l'intestin grêle ne se rencontre presque jamais, que les invaginations du gros intestin sont de beaucoup les plus fréquentes, que le volvulus siège très souvent au niveau de l'S iliaque ou sur le trajet du gros intestin. Quant aux tumeurs stercorales, elles ont pour siége presque exclusif le cœcum à droite et l'S iliaque à gauche ;

3° La précocité plus ou moins grande des *vomissements,* la nature des matières vomies, peuvent fournir d'utiles indications. En général, on admet que les vomissements sont plus précoces quand l'obstacle siége sur l'intestin grêle, ils sont plus tardifs et plus rares quand l'obstacle siége sur le gros intestin.

Pour quelques auteurs, les vomissements fécaloïdes se rencontrent dans les occlusions de l'intestin grêle, plus souvent que dans celles du gros intestin. Pour M. Bulteau, les vomissements fécaloïdes indiquent bien une occlusion complète, *mais ne peuvent donner aucune indication sur le siège de l'étranglement.*

4° *La quantité des urines* pour quelques médecins serait d'autant moindre que la lésion intestinale serait plus rapprochée de l'estomac. Mais la suppression ou la diminution des urines dépend simplement de l'influence réflexe du sympathique abdominal et de la paralysie de l'action secrétante des reins, par conséquent elle ne peut fournir aucune donnée sur le siége de l'occlusion.

5° Les *symptômes généraux* de l'occlusion intestinale qui sont présents à toutes les mémoires pour peu qu'on ait observé un de ces cas peuvent fournir quelques indications par leur intensité et leur époque d'apparition.

Si l'obstacle est dans l'*intestin grêle,* leur intensité sera plus grande et leur apparition plus rapide, et cette différence s'explique par la différence très grande qui existe dans l'énumération de ces deux portions du tube intestinal.

6° La *douleur locale* est un signe auquel M. Besnier accorde une certaine importance au *début des accidents.* Souvent, en effet, la douleur locale était ressentie par le malade au point où siégeait l'obstacle.

Nous n'avons nullement l'intention de passer en revue toutes les médications de l'occlusion intestinale. Il y a des points qui offrent un intérêt actuel en raison de récentes discussions. C'est sur ceux-là que nous nous étendrons.

La précision du diagnostic est la première condition de la thérapeutique de l'occlusion intestinale :

Le point le plus important au point de vue du traitement est de savoir, ainsi que le disait M. Ledentu, si l'agent de l'étranglement est extrinsèque à l'intestin (brides cicatricielles, volvulus, nœuds diverticulaires, hernies internes, orifices anormaux du mésentère, tumeurs exerçant une compression, etc.), ou s'il siége dans les parois mêmes (altérations organiques de diverses sortes, tumeurs intra-intestinales).

Autant que possible, dit M. Bucquoy, pas de médecine aveugle, ni de formule préparée d'avance et applicable à tous les cas.

Les *purgatifs* sont de tous les moyens celui qu'on emploie le plus fréquemment en présence d'un arrêt des matières. A ce sujet nous ne rappellerons qu'un seul fait : dans les cas d'invagination, les purgatifs, pour nous servir d'une expression de M. Bulteau, ont des effets désastreux. Ils augmentent, en effet, l'accumulation des matières derrière l'obstacle, soit que, par des contractions péristaltiques exagérées, ils rendent l'étranglement plus invincible, soit enfin que, agissant sur un intestin déjà malade, ils provoquent une rupture suivie de péritonite promptement mortelle.

Citons les *injections* au moyen de sondes introduites assez profondément dans le rectum, qui ont été préconisées surtout dans l'invagination et dans le volvulus. Il est évident aussi que les injections ne sont applicables que dans les cas où l'occlusion siége dans un gros intestin.

On a vanté les *sangsues,* le *froid intus* et *extra,*

le *marteau* de *Mayor*, les *insufflations d'air* à l'aide d'un soufflet.

L'*opium* a été employé dans l'invagination ; il paralyse l'intestin et suspend les accidents d'étranglement. Mais si ce médicament peut rendre des services en arrêtant les accidents généraux, il ne peut supprimer l'étranglement.

On a employé encore le *massage* de l'abdomen, le malade étant sous l'influence du chloroforme en mettant le patient dans une position déclive. Mais cette malaxation du ventre doit être faite avec de grandes précautions et pendant très peu de temps.

Dans trois cas d'invagination, M. Bucquoy a employé l'*électrisation abdominale*. C'est Duchenne, de Boulogne, qui, le premier, avait insisté sur la faradisation localisée de l'intestin dans ces cas. Il avait cité déjà un cas de guérison sur trois observations.

M. Bucquoy a appliqué l'électricité à courants interrompus et a suivi la méthode de Duchenne qui consiste à placer un rhéophore olivaire dans le rectum et un rhéophore humide sur les parois abdominales. Chez les trois malades observés par M. Bucquoy les séances ont duré dix minutes environ, elles ont été facilement supportées et dans deux cas ont été suivies de guérison en trois séances. Il faut autant que possible employer l'électricité avant tout développement d'accidents inflammatoires. C'est en général une ou plusieurs heures après la séance d'électrisation que l'obstacle est levé.

M. Bucquoy conseille d'associer à ce mode de traitemont les applications de glace sur le ventre et les lavements froids.

Les purgatifs, une fois l'obstacle levé, trouvent leur emploi rationnel. C'est alors un moyen préventif contre de nouveaux phénomènes d'obstraction.

M. Henrot (de Reims), a aussi employé l'électricité au traitement do l'invagination intestinale et ses observations comme celles de Duchesne et do Bucquoy montrent que c'est là un des meilleurs traitements à employer.

Nous reproduisons ici les faits les plus importants des travaux de M. Henrot (1).

On peut pratiquer l'électrisation de l'intestin de plusieurs façons :

1° En plaçant les deux réophores garnis d'une éponge mouillée sur la partie abdominale, c'est l'électrisation *abdominale*.

2° En plaçant un pôle sur la paroi, l'autre à l'entrée de l'anus, c'est l'électrisation *ano-abdominale*.

3° En plaçant un pôle sur les apophyses épineuses des vertèbres dorsales et en introduisant l'autre dans le rectum, à une profondeur de 7 ou 8 centimètres, c'est l'électrisation *recto-spinale*. L'électrode introduite dans l'intestin est constituée par une boule de cuivre, portée sur un manche isolant, de façon à n'électriser que les parties internes sans exercer d'action sur l'anus et la portion la plus inférieure du rectum innervée par les nerfs spinaux.

4° En plaçant un pôle sur l'abdomen, et l'autre dans le rectum, c'est l'électrisation *recto-abdominale*.

Disons tout de suite que nous n'avons jamais employé que les courants induits ; les courants continus, à cause de leur action chimique locale, pouvant avoir de sérieux inconvénients ; si on les laissait trop longtemps en place, ils pourraient déterminer de petites eschares de la muqueuse. On comprend assez la gravité d'un semblable accident pour qu'il ne soit pas nécessaire de nous y appesantir, disons cependant qu'ils sont conseillés par Onimus, qui recommande de prendre une pile de 30 éléments, d'appliquer le pôle positif sur l'abdomen, et le pôle négatif dans le rectum.

Nous avons employé un certain nombre de fois différents modes d'électrisation. Voici le résultat de notre expérience.

L'électrisation abdominale, très suffisante pour calmer les coliques de plomb, provoque des contractions des muscles des parois ; son action sur la fibre musculaire de l'intestin est peu marquée. Chez une hystérique, par exemple, elle a toujours été insuffisante, nous n'avons jamais pu obtenir avec elle l'affaissement complet de l'abdomen.

L'électrisation ano-abdominale n'est pas plus efficace que la première ; de plus, elle est pénible, elle détermine une sensation de chaleur, quelquefois même de brûlure à l'anus ; dans un cas elle a occasionné la déchirure d'une petite hémorrhoïde.

L'électrisation recto-spinale est plus efficace que les précédentes, mais elle provoque de l'excitation inutile des membres inférieurs : de plus, comme elle agit plus directement sur la moelle, elle peut exercer d'autres actions sur la respiration ou la circulation, et n'être pas inoffensive.

L'électrisation recto-abdominale, qui agit aussi directement que possible sur le plexus solaire et sur les ramifications du plexus mésentérique, c'est-à-dire sur le grand sympathique, est, selon nous, la plus efficace ; elle n'est ni pénible ni dangereuse ; nous l'avons faite ou fait faire plusieurs centaines de fois ; elle a produit le plus souvent, dans un espace de temps qui a varié d'une demi-minute à quatre minutes, les phénomènes suivants :

1° Excitation de la contractilité des muscles abdominaux, et aussitôt la cessation de l'électrisation, résolution du plan musculaire.

2° Excitation des contractions de l'intestin se traduisant par la diminution de son calibre, par des mouvements quelquefois visibles à travers la paroi abdominale et par des efforts de défécation.

3° Disparition instantanée des gaz de l'intestin, sans expulsion par la bouche ni par l'anus. L'abdomen distendu au maximum peut en une demi-minute être dans un état d'affaissement tel qu'on peut explorer le petit bassin. Il ne s'agit pas là d'un simple déplacement de gaz, mais probablement d'une véritable résorption.

4° Cessation de la constipation.

5° Plusieurs fois, disparition des phénomènes généraux du péritonisme (algidité, cyanose).

En résumé, l'électrisation de l'intestin peut être abdominale, ano-abdominale, recto-spinale, recto-abdominale ; cette dernière doit être choisie de préférence toutes les fois que l'on veut agir sur les tuniques muqueuses de l'intestin ; elle a pour effet d'exciter et de mettre en résolution, aussitôt la cessation de l'électrisation, les muscles des parois abdominales, de faire disparaître pendant un temps plus ou moins long les gaz abdominaux, d'amener un assouplissement momentané de l'abdomen et de provoquer des selles. »

« En même temps qu'elle est un moyen de traitement, elle peut être un moyen de diagnostic.

« Dans tous les cas d'occlusion ou de paralysie intestinale ou de péritonisme, elle doit être employée au même titre que les purgatifs ; en aucun cas l'intervention chirurgicale ne doit être tentée avant d'y avoir recouru au moins une fois. »

Dans un dernier article, nous passerons en revue les discussions récentes sur l'interotomie et la gastrotomie.

(A suivre).

(1) H. Henrot. *Bulletin médical du nord-est*, juin-juillet 1878, et mai 1877. — H. Henrot. *Notes de Clinique médicale*. Reims, 1878, p. 41.

COURS PUBLIC

ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

COURS DE LARYNGOSCOPIE ET DE LARYNGOLOGIE

DU Dr CADIER

DEUXIÈME CLASSE

Second groupe.

Nous allons aborder aujourd'hui l'étude des angines diathesiqnes et chroniques localisées, liées à des maladies générales chroniques. En raison de leur chronicité, ces affections mériteront de notre part une étude toute spéciale, et leur évolution devra faire l'objet des études constantes de tout médecin qui désirera traiter les maladies de l'appareil vocal.

Première variété. — Angine syphilitique.

Avant de décrire la symptomatalogie de cette affection, je crois utile de vous faire remarquer que le diagnostic de ces affections présente quelquefois de très grandes difficultés, aussi ne faut-il pas se contenter d'un simple examen de l'appareil vocal et baser son diagnostic sur un seul symptôme, mais s'enquérir avec soin des antécédents et se rappeler que beaucoup de malades ne veulent pas avouer l'existence de lésions syphilitiques antérieures, et que dans ces cas il faut les interroger avec le plus grand soin, et chercher un moyen de découvrir la vérité sur les antécédents sans froisser *leur susceptibilité* le plus souvent exagérée. — Ces réserves dont vous pourrez souvent être à même d'apprécier l'importance nous font pressentir que les caractères des manifestations angineuses de la syphilis ne sont pas toutes aussi caractéristiques que la plupart de celles que nous pouvons constater sur la surface cutanée; celà tient peut-être à ce qu'elles sont moins faciles à examiner et moins bien étudiées, mais celà tient aussi beaucoup je crois, à une différence de milieu et au contact continu de la muqueuse pharyngolaryngée avec les mucosités secrétées par les glandes et avec les substances étrangères.

En développant la classification des angines nous avons insisté sur la marche progressive des accidents des parties superficielles aux parties profondes : je pourrais ajouter, comme caractère général, une tendance plus grande à la localisation, à mesure que les manifestations s'éloignent du début des accidents secondaires. Il est enfin un troisième caractère qui pourra nous être souvent d'une très grande utilité pour reconstituer l'évolution successive des différentes manifestations syphilitiques; c'est que l'angine syphilitique qui n'atteint au début que les couches les plus superficielles de la muqueuse (exanthème et plaques muqueuses) envahit peu à peu les couches sous-dermiques (ulcérations) pour atteindre en dernier lieu les tissus plus profonds, le périchondre et les cartilages.

La division des angines syphilitiques en trois périodes avec série d'accidents très distincts ne présente pas des caractères aussi tranchés que pour les affections syphilitiques cutanées, cette irrégularité a même fait contester la marche simultanée de ces deux ordres de manifestations; je crois, cependant, tout en faisant certaines réserves que l'on peut conserver cette division, qui rendra l'étude beaucoup plus facile et nous permettra de grouper ensemble les lésions de la même catégorie.

Nous étudierons donc successivement les angines syphilitiques.

1° De la période primitive ;

2° De la période secondaire ;

3° De la période tertiaire.

1° *Accidents primitifs.* — Les accidents primitifs, assez fréquents aux parties antérieures de la bouche, deviennent de plus en plus rares à mesure que les organes s'éloignent de l'orifice buccal. C'est à peine si l'on a pu en constater plusieurs fois la présence sur les piliers et le voile du palais, et leur existence sur le larynx est problématique.

Il est cependant un mode de contagion directe possible sur les parties plus profondes, c'est la transmission de la syphilis d'un malade à un autre avec le miroir laryngien ou avec la pince porte-caustique.

Le médecin ne saurait trop se tenir en garde contre la possibilité d'une pareille éventualité et d'un pareil danger. Ce fait s'est présenté, et dans un lycée de Paris la syphilis a été transmise à plusieurs enfants par le contact d'une sonde qui avait servi à pratiquer le cathcterisme de la trompe d'Eustache chez un syphilitique. Prenez donc l'habitude de passer vos instruments dans une solution de permanganate de potasse après chaque examen de malade : le lavage des miroirs laryngiens dans une solution aqueuse au centième de permanganate de potasse suffit pour prévenir tout danger de cette nature.

Nous n'avons donc pas à étudier, sur l'appareil pharyngo-laryngé, l'évolution du chancre, puisqu'il ne s'y montre pas, mais, ayons toujours présent à la mémoire l'exemple que je viens de vous citer, afin de ne pas créer, par notre faute, une nouvelle localisation du chancre infectant.

2° *Accidents secondaires.* — De un à trois mois aprés l'accident primitif, nous voyons paraître, dans le plus grand nombre des cas, la première manifestation angineuse qui est caractérisée par de l'érythème. Souvent, cette angine se montre avant toute autre manifestation de roséole cutanée, quelquefois les deux éruptions sont simultanées, et, dans un certain nombre de cas. il peut y avoir roséole cutanée sans angine erythemateuse.

Cette angine est précédée ordinairement par un trouble de l'état général, un peu d'état fébrile, de malaise, de chaleur et de sécheresse à la gorge; mais ces troubles généraux, quoique beaucoup plus

prononcés que ceux qui accompagnent les manifestations syphilitiques cutanées, ne sont pas toujours assez caractérisés pour appeler l'attention du malade et peuvent passer inaperçus si le médecin, guidé par l'ensemble de ces symptômes, ne dirige pas son investigation du côté du pharynx et du voile du palais.

L'angine erythemateuse de la syphilis est caractérisée par une rougeur vive, de nuance scarlatineuse, à reflets un peu opalins. Cette rougeur occupe d'abord les piliers antérieurs et la partie moyenne du voile du palais, de sorte que, lorsqu'on examine la gorge du malade, on aperçoit très nettement cette rougeur, très bien limitée, et qui nous rappelle les deux côtés d'une fenêtre ogivale assez régulière. Peu à peu cet érythème envahit les parties voisines du voile et de la luette ; mais elle atteint rarement les amygdales et plus rarement encore la face postérieure du pharynx. Cette marche régulière est caractéristique, de sorte que tout erythéme de la gorge qui est localisé, soit au pharynx, soit aux piliers postérieurs ou encore aux amygdales, doit éloigner l'idée d'une angine syphilitique.

Lors de la description de l'angine morbilleuse je vous ai dit que le début de cette affection se faisait par la face postérieure du pharynx. Cette particularité peut servir de caractéristique pour le diagnostic différentiel des angines de la rougeole et de la syphilis dans certains cas d'éruptions cutanées anormales, qui permettent l'hésitation entre les deux maladies.

Je puis vous citer comme exemple un fait qui s'est passé en ma présence à l'hôpital St-Louis et qui vous prouvera la justesse de cette remarque : Un malade entré depuis la veille à l'hôpital présentait une éruption assez généralisée de la surface cutanée, cette éruption avait les caractères de la rougeole et était accompagnée d'une réaction fébrile intense, avec toux assez fréquente, le diagnostic rougeole avait été porté et semblait devoir être confirmé lorsqu'incidemment le malade se plaint d'un peu de gêne et de sécheresse de la gorge ; l'examen de l'arrière cavité buccale montre que le pharynx est indemne, et l'on peut au contraire constater une rougeur très vive des piliers antérieurs et du voile du palais, cette rougeur est très nettement limitée et revêt cette forme ogivale que je vous ai signalée tout à l'heure. La découverte de ce nouveau symptôme a donc suffi dans ce cas pour rectifier un diagnostic et l'évolution ultérieure de la maladie a du reste confirmé la justesse de cette nouvelle opinion.

Autour de cet exanthème, il survient au bout de quelques jours une irritation diffuse qui prend l'allure catarrhale et s'étend aux amygdales et au pharynx, mais qui s'étend rarement à l'épiglotte et aux éminences arytenoïdes.

Dans un assez grand nombre de cas, en même temps que paraissent les premières manifestations d'erythème sur les piliers, on peut constater un peu de changement du timbre de la voix, qui devient rauque *(raucedo syphilitica)* l'observation laryngoscopique a montré que cette altération de la voix était due à la présence sur les cordes vocales d'un erythème analogue à celui que nous avons constaté sur les piliers antérieurs, cet erythème est également bien localisé aux cordes vocales et rarement les bandes ventriculaires sont atteintes dans les périodes du début. J'explique dans ces cas l'altération souvent considérable de la voix par la brusque invasion de l'érythème à tout le bord libre des cordes vocales ; nous verrons en effet, lorsque nous étudierons l'angine des tuberculeux, que des lésions souvent assez considérables des cordes vocales peuvent coïncider avec une altération peu marquée de la voix, mais seulement lorsque ces lésions ont progressé avec une extrême lenteur et que les muscles tenseurs des cordes vocales ont pu peu à peu s'habituer, par une tension de plus en plus considérable, à suppléer à l'abaissement de la tonalité de la voix dû à l'épaississement des cordes vocales. Dans le cas de syphilis au contraire les cordes vocales se trouvent brusquement augmentées de volume et les muscles tenseurs de ces cordes ne changeant pas leur mode de tension avec la même rapidité, le timbre de la voix se trouve abaissé et devient rauque.

Cette petite digression m'a un peu écarté de notre étude sur l'angine syphilitique, mais elle n'était pas, je crois, inutile, car elle nous montre qu'il ne faut pas toujours s'attendre à préjuger de la gravité des lésions des cordes vocales d'après la gravité de l'altération de la voix.

A la suite de l'erythème syphilitique, nous voyons survenir les plaques muqueuses, qui sont de beaucoup les manifestations syphilitiques les plus importantes de l'appareil vocal, tant à cause de leur fréquence qu'à cause de leur valeur diagnostique.

Les *plaques muqueuses* de la gorge ont pour siéges de prédilection le voile du palais, les piliers et les amygdales. Les papules initiales s'entourent rapidement d'une auréole inflammatoire qui en masque un peu l'évolution; mais peu à peu leur surface prend une couleur blanchâtre et opaline, elles revêtent une forme ovalaire et irrégulièrement arrondie, deviennent légèrement saillantes et sont circonscrites par un bord un peu plus épais et entouré d'une auréole inflammatoire ; cette surface qui a, disons-nous, une teinte un peu opaline, est légèrement plissée et comme gaufrée, elle paraît comme veloutée et tranche d'une manière assez sensible avec les parties lisses du reste de la muqueuse. Il ne faut pas s'attendre à rencontrer toujours des caractères aussi nets et aussi marqués que ceux que nous venons de décrire ; plus le siége de la plaque muqueuse s'éloigne de l'orifice buccal et moins son aspect est caractéristique ; c'est là un fait constant et qu'il est bon de ne pas oublier. Mais cependant, malgré cette caractéristique moins nette, les plaques muqueuses de l'appareil vocal conservent encore un

ensemble de caractères qui permettent, dans le plus grand nombre des cas, de les reconnaître facilement.

L'apparition et l'évolution de la plaque muqueuse s'accompagne d'une réaction fébrile peu intense, le malade accuse en même temps et dès le début de la chaleur, de la sécheresse et des picotements de la gorge, ainsi qu'une légère difficulté de la déglutition, mais ces phénomènes doivent tenir surtout à l'inflammation des parties qui entourent les plaques muqueuses plutôt qu'à l'évolution des plaques elles-mêmes. Dans un assez grand nombre d'observations de plaques muqueuses du pharynx, on a constaté une recrudescence nocturne des douleurs presque aussi marquée que pour les accidents de la période tertiaire.

La durée de la plaque muqueuse varie de quelques semaines à plusieurs mois ; chez quelques malades qui suivent un traitement irrégulier ou qui font un usage fréquent de substances irritantes, elles peuvent avoir une durée presque indéfinie, les fumeurs de cigarettes sont souvent dans ce cas.

Les plaques muqueuses de date ancienne n'ont plus des caractères aussi tranchés que pendant les périodes du début, et, si l'attention du médecin n'est pas en garde contre les méprises, il est facile de commettre dans ces cas une erreur de diagnostic.

Toute cette description que je viens de vous faire ne s'applique qu'aux plaques muqueuses du pharynx. A mesure qu'elles s'éloignent de l'orifice buccal, ainsi que je l'ai posé en principe, les plaques muqueuses perdent de plus en plus leur forme et leur aspect caractéristique ; et comme d'un autre côté l'examen devient de plus en plus difficile, il n'est pas étonnant que leur existence sur le larynx ait donné lieu à controverse.

Un assez grand nombre des observations publiées comme étant des plaques muqueuses du larynx sont manifestement des affections d'une autre nature, et l'on ne peut citer que trois observations bien authentiques de plaques muqueuses des cordes vocales et des éminences arytenoïdes. Pour ma part, sur le grand nombre de larynx de syphilitiques qu'il m'a été donné d'observer, je n'ai pu constater qu'un seul cas de plaques muqueuses s'étendant de la partie supérieure des éminences arytenoïdes à la commissure postérieure ; je dois ajouter que ce malade était atteint depuis longtemps de plaques muqueuses méconnues de la gorge et n'avait jamais suivi aucun traitement anti-syphilitique.

En parlant de la rareté des plaques muqueuses du larynx, je ne comprends que les plaques muqueuses situées au dessous de l'épiglotte, car au contraire les plaques muqueuses de la face supérieure et du bord libre de l'épiglotte sont assez fréquentes, et leur description ne diffère pas du reste de celle que nous avons donnée pour les plaques muqueuses de pharynx.

Pendant la période des accidents secondaires, et comme conséquence des plaques muqueuses, on voit souvent des ulcérations. Leur siége le plus fréquent correspondra par conséquent à celui que nous avons signalé pour les plaques muqueuses elles-mêmes. Ces ulcérations de la période secondaire sont superficielles, tandis que celles que nous verrons survenir pendant la période tertiaire sont beaucoup plus profondes; de plus, elles n'ont pas les bords taillés à pic ni l'aspect caractéristique de la description classique, et rien ne les fait reconnaître des ulcérations non syphilitiques, leur évolution et leur siége auront une importance beaucoup plus grande pour en faire soupçonner la nature, et, pour les raisons que nous avons données plus haut en parlant de la plaque muqueuse, il ne faudra accepter qu'avec les plus grandes réserves comme syphilitiques toutes les ulcérations superficielles situées sur les cordes vocales ou à la commissure postérieure.

Autour de ces ulcérations syphilitiques, il se développe très souvent de petites végétations polypiformes qui donnent alors une valeur caractéristique à ces ulcérations. Ces végétations croissent et se multiplient avec une grande rapidité, et leur structure hystologique est celle des bourgeons charnus. En étudiant les accidents syphilitiques de la période tertiaire, nous pourrons également en constater l'existence et en faire une étude plus détaillée.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

DU RECOUVREMENT DES HONORAIRES MÉDICAUX-LÉGAUX.

Monsieur le directeur,

D'après les articles 133 et 134 du décret réglant les frais de justice criminelle, auxquels sont assimilés, par ordonnance du 28 novembre 1838, les frais de « poursuites en matière de police correctionnelle et de simple police » les frais d'expertise sont classés en frais urgents et frais non urgents, et selon qu'ils appartiennent à l'une de ces deux classes ont un mode de paiement différent.

M. le Dr L., dans sa lettre du dernier numéro du *Concours médical*, ne parle que des frais non urgents, payés après mémoire double (art. 144 et 145) et selon l'ordonnance du 28 novembre 1838 ; mais les frais dits urgents, c'est-à-dire « les frais d'expertise et d'opérations faites par le médecin-chirurgien, etc., *non habituellement employés par le tribunal et la cour*, seront acquittés par le receveur d'enrégistrement sur simple taxe et mandat du juge mis au bas des réquisitions, états ou mémoires des parties. »

Or, ces derniers cas sont loin d'être rares dans la médecine des campagnes : lorsqu'une personne a été trouvée sans vie, ou dans un état tel qu'il y a lieu de s'assurer si les faits constatés ne relèvent pas de la justice ; en même temps que l'on informe l'autorité locale on va quérir le médecin, qui s'empressera de venir apporter les secours de son ministère et commencer dans une expertise médico-légale, le plus souvent décisive, le grand acte de l'instruction judiciaire.

Presque jamais il n'est venu à la pensée du méde-

cin, avant d'obtempérer, d'exiger une réquisition écrite.

Quel que soit le résultat de l'expertise, le médecin fait toujours un rapport, et il est plusieurs fois consulté par l'autorité judiciaire.

Dans toutes ces recherches, tout le monde reçoit des indemnités, pour le concours que chacun apporte pour arriver à la connaissance de la vérité, excepté le médecin, qui n'a pas eu soin d'exiger au préalable une réquisition écrite. Cependant, de son investigation seule, du résultat seul de ses recherches, va cesser ou continuer l'enquête pour rechercher les circonstances de l'acte criminel.

En accomplissant cet acte sacré, s'il en fut jamais, il n'a même pas comme le garde-champêtre ou quelque gendarme, l'occasion de briller par un zèle empressé et d'obtenir un bon point de ses supérieurs.

Je suppose que le médecin requis a eu la pensée d'exiger une réquisition écrite du requérant ; il viendra alors se présenter à lui tant de soucis et de démarches pour obtenir le payement de ses honoraires, que le plus souvent il les abandonnera.

Cependant en 1877, M. le docteur Rolland de Moucarret, voulant consacrer le principe du recouvrement des frais de justice, résolut de tenter, à quelque prix que ce fût, de recouvrer les honoraires de deux réquisitions écrites par des maires dans un cas d'accident (homme noyé), et dans un cas de suicide par strangulation.

Je ne sais si le *Concours médical* compte M. le Dr Rolland parmi ses adhérents, si cette lettre tombe sous ses yeux, je le prie instamment d'édifier les lecteurs du *Concours médical* des démarches graves et multiples qu'il dut faire pour obtenir satisfaction.

Renvoyé du maire au juge d'instruction, du procureur au juge de paix, il porta l'affaire devant M. le ministre de la justice qui, après enquête, déclara : « que le mémoire de M. le Dr Rolland n'est pas imputable sur le budget des frais de justice, puisqu'il « n'y avait pas eu présomption même vague de « crime... que lorsqu'il s'agissait seulement de tenter « de rappeler à la vie, ou d'accomplir des formalités « de police administrative, les frais de justice doivent « être acquittés soit par la famille du décédé, soit « par la commune sur le territoire de laquelle le fait « a été constaté. Lorsque la réquisition n'a pas lieu « dans un intérêt judiciaire, c'est au maire requérant « qu'il appartient d'acquitter le mémoire sur le budget « de la commune dans le cas où la famille justifierait « do son indigence (lettre de M. le procureur-général « de Bordeaux aux procureurs). »

Nous félicitons en même temps que nous remercions notre vaillant confrère, de nous avoir tracé la voie dans de telles questions de principe.

De là découle cet enseignement :

1° Que tout médecin doit exiger une réquisition écrite des requérants (juge d'instruction, procureurs, juge de paix, commissaire, officiers de gendarmerie, maire ou adjoints agissant d'urgence dans l'attente des magistrats) ;

2° Que cette réquisition doit stipuler très expressément le but spécial pour lequel le médecin est requis.

Cette étude du recouvrement des honoraires a besoin d'être encore faite bien des fois pour en trouver la vraie voie, espérons que chacun y apportera son concours.

Dr C. Cauchy.

Bapaume (Pas-de-Calais).

L'article du Dr X. (n° 19) sur l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires, nous a valu un certain nombre de lettres de médecins civils et militaires. Nous ne pensions pas, en publiant l'histoire d'un praticien peu délicat à l'égard de ses confrères civils, soulever tant de colères.

Nous avons donné notre propre appréciation dans le n° 15 du journal. *Nous nous y tenons*. Parmi les lettres à nous adressées, nous avons publié celle du Dr Marquez, ancien médecin militaire, praticien éminent dont l'honorabilité professionnelle est au-dessus de tout soupçon. Nous avons publié intégralement sa réponse, parce qu'elle était conçue en termes convenables.

Nous estimons que l'incident est clos.

LE PRATICIEN RURAL.

Une remarque surgit de l'examen des actes des Sociétés locales. Si les plaintes contre l'exercice illégal s'exhalent de partout, il faut reconnaître qu'elles sont plus générales et qu'elles revêtent un caractère plus vif encore de la part des confrères pratiquant la médecine dans les centres les plus petits de population, et dont le rayon d'exercice s'étend aux plus humbles villages, aux hameaux, aux écarts. C'est le médecin rural qui souffre surtout de l'exercice illégal sous toutes ses formes, c'est lui qui le subit avec le plus d'amertume, c'est lui aussi qui, dans le sentiment de l'impuissance où son isolement le réduisait, a chaudement accepté toutes les espérances de l'Association, c'est lui qui dans les Assemblées générales presse sur les Sociétés locales et y fait entendre l'expression de sa douleur et de ses plaintes ; c'est lui enfin qui, ne voyant pas se réaliser ses espérances, se détacherait bientôt de l'Association.

Et qui pourrait trouver à redire à ces manifestations si légitimes, arrachées à ce qu'il y a de plus sensible et de plus pénétrant dans la nature humaine, le besoin de vivre, le besoin de vivre avec dignité ? Se rendent-ils bien compte de ce que c'est que le médecin rural, de sa mission médicale et sociale à la fois, ceux qui, par une sorte de sentimentalisme fort peu humain, ne semblent avoir cœur et entrailles que pour la pseudo-science, la fausse humanité, la pratique ignorante et dangereuse ? Le médecin rural habite les champs, mais ce n'est pas pour lui que la campagne déploie ses séductions et ses charmes. Ne cherchez pas une idylle dans cette austère existence vouée aux plus âpres devoirs. Ce n'est pas pour lui que les prairies exhalent leurs senteurs, que le bois a son ombre, le ruisseau son murmure. De la campagne, il ne connaît que le chemin vicinal, et quel chemin !

> Montant, sabloneux, mal aisé
> Et de tous les côtés au soleil exposé.

C'est à lui que s'adresse ce cri cruel de la légende : Marche ! marche ! Et la nuit et le jour, il chevauche, sous les ardeurs de l'été, comme sous les neiges de l'hiver ; seul, sans aides, sans conseils, et non pas comme vous, confrères des villes, qui pouvez vous abriter à l'instant sous le manteau d'un nom célèbre, il doit faire face aux exigences les plus pressantes de l'art, aux cas les plus graves de la médecine, aux plus émouvantes opérations de la chirurgie, aux éventualités les plus terribles de l'obstétrique. Et quand ce vaillant, honnête et digne praticien voit son courage et son dévouement méconnus, quand, dans son rayon d'action, il se voit humilié et ruiné par l'audace et la cupidité d'un rebouteur improbe, par les illégalités d'un pharmacien avide, par les témérités d'une Sœur trop charitable ou d'un prêtre imprudent, vous vous étonneriez de la protection qu'il implore ! ah ! Messieurs, ce n'est pas de l'indulgence que je vous demande pour lui, c'est une sympathique admiration. C'est quelque chose de plus efficace encore, le courage de votre opinion à tous,

car tous vous le pensez, la pratique illégale de la médecine est une des plaies les plus graves de la Société et de la profession.

RÉPONSE A LA QUESTION DE L'UN DE NOS ADHÉRENTS.

Procès intenté par un pharmacien à des médecins pour exercice illégal de la pharmacie.

Voici dans quelles circonstances : les trois médecins de la ville de C... ayant à se plaindre de la mauvaise tenue de la seule pharmacie de la ville, ne trouvant pas les garanties suffisantes de bonne préparation de médicaments par le pharmacien, firent venir leurs médicaments d'ailleurs et les distribuèrent à leurs malades respectifs. Plainte est portée par le pharmacien contre les trois confrères, qui s'adressèrent à la Société locale d'Eure-et-Loir, dont ils faisaient partie, en lui demandant son appui. Par des considérants très motivés, la Société d'Eure-et-Loir ne crut pas intervenir, d'où démission des trois confrères. Mais contre toute prévision, alors que la contravention était reconnue patente, avouée, le tribunal de Chartres donna gain de cause à nos confrères après une plaidoirie éloquente de M[e] Guerrier, l'un des membres de notre Conseil judiciaire.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

BRIÉVETÉ DU FREIN. — PROCÉDÉ OPÉRATOIRE DE M. LE PROFESSEUR VERNEUIL.

La briéveté du frein peut être congénitale ou acquise. Dans l'un et l'autre cas, elle peut amener une certaine gêne dans l'érection et le coït ; aussi l'opération est-elle indiquée.

On se contente souvent de tendre le frein et de le diviser transversalement, soit avec les ciseaux, soit avec le bistouri conduit de dehors en dedans, ou par transfixion.

Cette opération présente les inconvénients suivants : si la division est trop superficielle, la bride se reproduit ; si elle est trop profonde, on risque d'ouvrir l'artère du frein, et d'amener une hémorrhagie parfois assez difficile à réprimer.

La plaie, d'ailleurs de petite dimension, reste plusieurs jours douloureuse. La charpie que l'on conseille de placer dans son fond afin d'empêcher la réunion ne suffit pas toujours pour prévenir la récidive (1).

Voici le procédé recommandé par M. le professeur Verneuil, La briéveté du frein doit être assimilée aux cicatrices trop courtes, aux brides naissantes et traitée en conséquence.

La verge est relevée vers l'abdomen, le prépuce attiré vers le pubis par un aide ; le chirurgien saisit le gland entre le pouce et l'index de la main gauche et tend fortement le frein qui devient saillant.

Un bistouri très fin, ou mieux encore, un ténotome aigu, ou un couteau à cataracte, est alors plongé de droite à gauche sous la bride, le plus près possible de son insertion au gland, le dos tourné vers celui-ci et la lame couchée parallèlement à la surface du pénis. L'instrument marchant de haut en bas détache la bride dans toute sa longueur (6 à 12 millimètres environ) sous forme d'un petit lambeau triangulaire à sommet dirigé vers le pubis, à base adhérente au gland, c'est en somme le lambeau de Warthon Jones taillé seulement par transfixion.

(1) Chirurgie Réparatrice, 1 vol. in-8°. G. Masson, édit. 1877.

Le gland libéré par ce débridement se redresse aussitôt. Quant au lambeau, il disparaît et la petite plaie en doublant d'étendue longitudinalement prend la forme d'un losange très régulier. On en réunit les bords latéraux avec trois serres-fines superposés sur la ligne médiane.

Dans deux cas opérés par ce procédé, M. Verneuil a obtenu la réunion en trente-six heures et a alors enlevé les serres-fines. Le résultat primitif a été parfait, et la récidive rendue impossible.

Si au lieu de s'effacer, le lambeau conservant sa forme était seulement attiré vers sa base attenante au gland, on réunirait la plaie inférieure exactement comme dans le procédé Warthon Jones.

PANSEMENT DES BRULURES.

Iodoforme.........	4	grammes.
Blanc de baleine...	30	—
Extrait de ciguë....	3	—
Acide phénique... .	10	gouttes.

Etendre sur une étoffe moelleuse et recouvrir les points brûlés.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES D'ÉTRENNES

(2[e] Article).

La maison Plon et Cie est également bien connue par le soin typographique et artistique qui distingue ses livres d'étrennes. *Bêtes et gens*, par Stop, est un charmant recueil de fables et contes humoristiques, écrit en vers et illustré de nombreux croquis, de délicieuses vignettes qui reproduisent d'une façon saisissante les scènes et les situations parfois drolâtiques que la plume raconte. On n'oubliera pas après les avoir lus, la *Pieuvre*, le *Cormoran*, la *Rose et le Hanneton*, la *Truite aventureuse*, etc. Le succès de cette *seconde série* ne fait point de doute pour ceux qui connaissent la *première* parue il y a seulement deux ans. *Cœurs vaillants* par Raoul de Navery contient une série de *nouvelles historiques* parmi lesquelles nous remarquerons la *Fille de l'imagier*, le *roi Sar*, *Giannino roi de France*, etc. C'est un beau livre, très-intéressant et illustré de cinquante gravures sur bois, d'après les dessins de Flameng, Lix et Gilbert. Avec Armand Lapointe nous pénétrons dans les *Déserts africains* que nous apprenons à connaître grâce à Jean Finfin, un breton d'abord embarqué comme mousse, puis marié à son insu par son capitaine avec la fille d'un roi noir. Rien n'est plus curieux que ces *aventures extraordinaires* dans lesquelles interviennent pour une grande part un singe et un éléphant qui montrent pour Jean Finfin un dévouement qui paraît bien singulier chez ces animaux. Le volume est illustré de plus de cent dessins par Henry Montaut. Signalons encore le *Voyage autour du Monde*, ouvrage couronné par l'Académie française, dans lequel le comte de Beauvoir nous fait parcourir successivement l'Australie, Java, Siam, Canton, Pékin, Yedo et San-Francisco, en nous initiant aux mœurs et aux coutumes de ces différents peuples. Avec lui nous pénétrons à l'intérieur des villes, nous visitons leurs documents,

et nous faisons connaissance avec ces pays si intéressants par les produits du sol et de l'industrie. Ce beau volume contient 360 gravures destinées à fixer dans la mémoire tout ce qu'on peut rencontrer de curieux dans un voyage autour du monde. Terminons cette trop rapide revue par *Martin Tromp* que Raoul de Navery a pris comme personnage principal d'un roman où les aventures les plus émouvantes et les plus dramatiques se succèdent au milieu de personnages réels ou fictifs. On sait en effet, que Martin Tromp est ce fameux marin hollandais capturé à onze ans par un corsaire anglais et devenu ensuite lieutenant amiral de son pays. Il vainquit les Espagnols à la bataille des Dunes et fut tué au combat naval de Catwick. Enfin, signalons encore l'*Ecorce terrestre,* charmant volume in-8, enrichi de 130 gravures, dans lequel un ingénieur civil, M. Emile With a décrit les minéraux et leurs usages dans les arts et les métiers. C'est un excellent livre de science vulgarisée.

Dr A. B.

Nous avons reçu la lettre suivante relative à l'incident de l'Ecole pratique ; nous nous faisons un devoir de la publier :

Les protecteurs soussignés, à Monsieur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

« Monsieur,

» Plusieurs journaux viennent de vous attaquer à propos d'un incident d'administration intérieure dans lequel vous avez voulu faire respecter l'autorité légitime que vous tenez de la Faculté.

» La presse a pu se laisser égarer et vous prêter nous ne savons quelles intentions mesquines. Les imputations nous indigneraient, si elles ne nous paraissaient pas tout simplement ridicules. Il suffit de vous avoir vu à l'œuvre, dans la réorganisation de l'Ecole pratique pour savoir que vous n'avez jamais eu qu'une passion, celle de l'intérêt général des élèves.

» Nous, vos collaborateurs de tous les jours, qui vous avons secondé de notre mieux, nous osons le dire, et au prix de sacrifices personnels, nous ne pouvons, sans protester, laisser ainsi méconnaître votre caractère.

» De semblables attaques ne peuvent que resserrer les liens qui nous unissent et, plus que jamais, vous pouvez compter sur notre concours, dans l'œuvre que vous poursuivez, pour le bien de la science et des élèves.

Paris, 9 décembre 1879.

Paul Reclus, *chirurgien des hôpitaux,* Peyrot, *chirurgien des hôpitaux,* H. Duret, Paul Segond, Ch. Nélaton, P. Reynier, Ad. Jalaguier.

CHRONIQUE

Bouillaud et Chomel. — Une bien touchante anecdote est ainsi racontée par le Dr Sinplice :

Qui, de ma génération, ne se rappelle les critiques ardentes jusqu'à la passion que M. Bouillaud dirigeait contre les publications et les leçons cliniques de Chomel ? Il était rare que sa clinique à lui n'eût pour objectif une leçon de Chomel plus ou moins bien reproduite dans les journaux du temps, et sur laquelle M. Bouillaud se livrait à une dissection quelquefois cruelle. Chomel ne répondait jamais ; il semblait ignorer à l'Hôtel-Dieu ce qui se disait à la Charité.

Chomel tomba malade de cette maladie dont il mourut. Dès ce moment, M. Bouillaud mit une sourdine à ses critiques, et, bientôt après, il se tût tout à fait. De plus, rencontrant un élève de Chomel, il lui demanda avec un intérêt visible des nouvelles de son maître, et plusieurs fois il renouvela sa demande d'informations. Chomel, que son élève avait instruit de ces démarches de M. Bouillaud, en fut vivement touché, et répondit :

— Dites à M. Bouillaud que je le remercie de l'intérêt qu'il prend à mon état ; si je pouvais marcher, j'irais l'en remercier moi-même ; mais s'il veut prendre la peine de venir me voir un dimanche à Morsang, j'en éprouverai un véritable et grand plaisir.

A cette invitation transmise à M. Bouillaud, il répondit avec empressement :

— J'irai dimanche voir M. Chomel.

— Et il le fit.

L'entrevue fut vraiment touchante.

Chomel, qui se sentait mourir, prit les mains de M. Bouillaud dans les siennes en lui disant :

— Monsieur Bouillaud, si, dans ma vie, j'ai pu faire ou dire quelque chose qui vous ait été désagréable, je vous en demande pardon, comme je le demande à toute personne qui croit avoir eu à se plaindre de moi.

— C'est à moi, s'écrie M. Bouillaud en se jetant à genoux, c'est à moi, monsieur Chomel, de vous demander pardon, et je le fais dans toute la sincérité de mon âme.

Et, disant cela, les larmes coulaient abondantes de ses yeux.

Voilà, certes, l'acte d'un grand cœur.

Cette anecdote m'a été racontée, avec une véritable émotion, par M. Gueneau de Mussy, qui avait servi d'intermédiaire entre M. Bouillaud et Chomel, et qui avait conduit M. Bouillaud à Morsang. C'est dans ce château de Morsang, contruit par Berthier, maréchal du palais, que Chomel est mort. Cette belle propriété fut achetée, après le décès de Chomel, par M. Ricord, qui l'a revendue pour acheter la délicieuse villa de la Chesnaie, près Versailles.

***

Henri Desplats. — *Application de l'électricité au diagnostic et au traitement des maladies.*

Publications du *Journal des sciences médicales,* de Lille. — Librairie J.-B. Baillère, Paris.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 25 20 décembre 1879.

La séance de l'Académie de Médecine a été fort courte en raison d'une réunion en comité secret. Il s'agissait d'entendre la lecture du rapport de M. Maurice Raynaud sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

LEÇON CLINIQUE

DE M. LE PROFESSEUR GOSSELIN.

(HÔPITAL DE LA CHARITÉ.)

Leçon du 17 décembre.

I

DES GELURES.

Au n° 25 de la salle des femmes se trouve une malade entrée le 16 décembre et présentant des ampoules suppurées à l'extrémité digitale du médius de la main droite et de l'index de la main gauche, ampoules datant de quelques jours et s'accompagnant d'une accumulation de pus sous l'épiderme et sous l'ongle. Ce sont des tournioles sous-épidermiques et sous-unguéales.

Au point de vue de l'étiologie, cette femme ne donne pas de renseignements précis. Ses doigts n'ont pas été, quelle sache, le siége d'un traumatisme quelconque, et d'autre part elle prétend ne pas trop s'être exposée au froid.

Cette lésion pourrait être prise par un observateur inattentif pour une gelure au deuxième degré, surtout si l'on songe que ces ampoules ont apparu simultanément sur un doigt de chaque main. Mais cette etiologie doit être rejetée, car on ne comprendrait pas que les phlytènes étant dues au froid ne s'accompagnassent pas d'autres lésions sur les autres doigts; qu'il n'y ait pas, par exemple, cet erythème particulier qui constitue le premier degré de la gelure etqu'on désigne généralementsous le nom d'engelure, érythème pouvantexister d'ailleursavec ou sans épaississement de l'épiderme, avec ou sans gerçures. Ici nous n'observons rien de pareil. Il faut donc écarter le froid, et comme on ne peut invoquer un traumatisme quelconque on est forcé d'admettre qu'on a affaire à des *tournioles spontanées*.

Il n'en est pas de même pour deux malades qui sont dans la salle des hommes et qu'on peut présenter comme des types de la gelure au second degré. Ces hommes, dont l'un a 64 ans et l'autre 42 étaient employés à enlever la neige tombée sur la ligne du chemin de fer de ceinture. Quoique se sentant les mains engourdies, ils ont continué à travailler dans la nuit du 10 au 11; le matin ils se sont aperçus que les doigts leur cuisaient singulièrement. La face dorsale des phalanges, rouge par places, était le siége de plusieurs ampoules qui s'étendaient surtout vers l'extrémité unguéale. C'est dans cet état qu'ils entrèrent à l'hôpital. On fit un pansement au cérat opiacé.

Bientôt les phlyctènes, qui s'étaient d'abord remplies de sérosités deviennent troubles et renferment du pus. On enlève l'épiderme soulevé par les collections liquides produites par l'inflammation et sur le derme ainsi mis à nu on étend une couche de liniment oléo-calcaire. La suppuration a envahi le derme sous-unguéal dans deux ou trois doigts et les ongles sont tombés; néanmoins, aujourd'hui, le pus a considérablement diminué; la dessication se fait assez rapidement et tout fait prévoir une cicatrisation prochaine. Le derme unguéal à mesure qu'il se rapprochera de la guérison, va concourir avec la matrice de l'ongle à fournir les éléments épidermiques qui devront remplacer les ongles tombés.

Il ne faut pas croire que les choses marchent si bien dans tous les cas. On voit souvent des malades qui après l'enlèvement de l'épiderme ont une sécrétion superficielle purulente du derme qui dure très longtemps et résiste à tous les traitements pendant un temps plus ou moins considérable. A ce point de vue, nos deux malades sont assez favorisés; ils n'auront pas à redouter une suppuration consécutive du derme.

Il y a pourtant quelques réserves à faire. En même temps que les phlyctènes, la suppuration en certains points, l'erythème simple sur d'autres, il convient de signaler un peu d'exhalation sanguine qui s'est faite à la surface du derme en deux ou trois endroits, et qui en se desséchant s'est présentée sous formes de croûtes noires, dures et sèches. On ne saurait encore en ce moment indiquer d'une manière positive ce qui se passera sous ces sortes de caillots et quelle sera leur évolution. Peut-être seront-ils tout simplement éliminés, laissant à nu des surfaces cicatrisées ou qui seront du moins sur le point de l'être.

Ce serait l'issue la plus favorable, mais il pourra aussi y avoir de véritables eschares. Sur un des doigts du malade du n° 39 on peut déjà affirmer l'existence d'une de ces eschares, petite il est vrai, mais qui n'en existe pas moins.

Dans tous les cas on peut déjà prévoir que, chez les malades qui font le sujet de cette leçon, si d'autres eschares viennent à se produire, elles seront légères et guériront assez rapidement.

M. Gosselin rappelle qu'il admet pour la gelure la même classification que Dupuytren a établi pour les brûlures : *1er degré* : erythème pouvant s'accom-

pagner d'ulcérations, c'est l'engelure ; *2° degré* : phlyctème ; *3° degré* : eschares comprenant l'épiderme et une partie du derme ; *4° degré :* eschare entraînant la destruction de toute l'épaisseur de la peau ; *5° degré :* la peau et une partie des tissus sous-jacents sont mortifiés ; *6° degré :* sphacèle de toute l'épaisseur des tissus.

Comment expliquer le mécanisme de ces lésions ? Larrey, après la campagne de 1812 dans laquelle il eût malheureusement l'occasion d'observer les diverses lésions produites par le froid, donna une théorie qui eût tout de suite cours dans la science. D'après lui, il faut admettre deux phases dans le mécanisme de la gelure. Il y a d'abord un resserrement considérable des vaisseaux capillaires produit par le froid. De là, diminution de la chaleur, pâleur des tissus qui paraissent exsangues, etc. Si l'exposition au froid continue trop longtemps, le resserrement persiste, s'accentue même si c'est possible, et la gangrène survient.

Mais, si avant d'arriver à cette période, le malade est soustrait à cette basse température qui a provoqué le resserrement des capillaires, ce phénomène cesse et bientôt, à l'insuffisance, succède un trop grand afflux de sang. Une vive réaction se produit, et en définitive, il y a congestion comme dans la brûlure, en sorte que le froid provoque d'abord le resserrement des capillaires et aboutit à la congestion que la brûlure produit d'emblée.

Aujourd'hui on a une grande tendance à faire intervenir un autre élément que les capillaires, c'est le système nerveux.

Le froid aurait pour effet de paralyser les vasomoteurs, le sang, au lieu d'affluer après une période de resserrement, distendrait en quelque sorte les vaisseaux dont les tuniques seraient paralysées. Pour expliquer les eschares, il faudrait dès lors supposer, d'après M. Gosselin, qu'à côté des capillaires, qui reçoivent trop de sang il y en a qui n'en reçoivent pas du tout.

En définitive, il y a une conclusion pratique à tirer de ces théories, c'est que chez les malades atteints de gelure il faut, pour ne pas avoir de réaction trop intense, ramener progressivement la chaleur. Souvent les phénomènes de gelure sont ceux d'une brûlure, que les malades ou ceux qui leur donnent les premiers soins substituent à la gelure en chauffant trop vite des membres qui, sans cette manœuvre, auraient eu des lésions très légères. On a conseillé des frictions avec de la neige, puis des frictions sèches. Il faut en un mot ne pas exposer brusquement le malade à une température élevée. On enlève l'épiderme des phlyctènes, comme dans la brûlure. On fait un pansement au cérat opiacé ou au liniment oléo-calcaire. Il faut remarquer qu'il y a ceci de particulier à la gelure, c'est que le derme tend à s'ulcérer facilement après le 2° degré de la même façon que l'épiderme s'ulcère après le premier.

II

DE L'INFLUENCE DU FROID SUR LES BLESSURES ET LES SUPPURATIONS.

Le terme de *gelure* a été employé pour la première fois en France par Vidal de Cassis. S'il y a des analogies évidentes entre les brûlures et les gelures, il y a aussi des différences très grandes que Legouest a mis en lumière dans la comparaison qu'il a établie entre les deux maladies.

Brûlures.

Altération instantanée et immédiate des tissus. Phénomènes généraux graves.

1er degré. — Coloration rouge de la peau qui se sèche mais ne se tuméfie pas. La peau reprend ensuite son état sans aucune desquamation.

2e degré. — Apparition de phlyctènes contenant de la sérosité opaline, rarement une sérosité roussâtre, quelquefois cependant de la sérosité purulente, l'épiderme reste intact.

Les eschares des degrés suivants de la brûlure sont de coulenr jaune-fauve, dorées, brunes et sonores. L'épiderme est altéré, comme les tissus sous-jacents.

Autour de la brûlure on rencontre les degrés décroissants. Les eschares dans les brûlures sont instantanées, car elles sont dues à la carbonisation du tissu.

Douleurs plus intenses dans les degrés inférieurs que dans ceux de la gelure. Un mouvement réactionnel et inflammatoire s'établit et le praticien doit être en garde contre les affections viscérales.

La marche des brûlures vers la guérison est plus rapide et plus franche.

Gelures.

Altération lente et graduelle des tissus. Réaction locale.

1er degré. — Tuméfaction légère, coloration rouge-brun, moiteur, absence de douleur. Quand la réaction s'établit, prurit douloureux et démangeaisons augmentant par la chaleur, devenant quelquefois intolérables et cessant avec l'abaissement de la température.

Quelquefois il y a des ulcérations qui guérissent quand la température s'adoucit et avec elles la maladie.

2e degré. — Il est caractérisé par des phlyctènes de volume moyen, qui sont entourées d'une auréole rouge-brun renfermant une sérosité purulente formée par des granulations grisâtres à forme et à marche ulcéreuses et donnant quelquefois du sang, ce qui n'a pas lieu pour les brûlures.

Les eschares des degrés suivants de la gelure sont livides, noirâtres, conservant une certaine mollessè, et n'acquérant de la sonorité que quand une partie toute entière a été momifiée. Cette momification n'arrivant pas toujours, les parties sphacelées tombent en détritus humide et pultacé.

Dans les gelures, l'épiderme est intact, et quelquefois on voit l'eschare des parties sous-jacentes par transparence. Autour de la gelure, absence de degrés décroissants. La chûte des eschares met à nu au lieu de bourgeons charnus roses, de bonne nature et tendant à la cicatrisation, des végétations ou ulcérations exubérantes, fongueuses, mollasses, noires-grisâtres, suppurant abondamment et saignant avec la plus grande facilité, ordinairement très douloureuses. Les eschares sont dues à l'asphyxie locale plus ou moins étendue et plus ou moins prolongée, et au travail réactionnel s'établissant dans les parties mêmes ou aux environs.

Les douleurs sont moindres, surtout dans les degrés inférieurs que dans les brûlures.

Il y a dépression de l'économie, peu de fièvre, et, dès le début, l'attention est appelée vers les accidents du tube digestif.

La marche vers la guérison est lente et peu tranchée.

Tels sont les traits principaux de ce parallèle qu'il nous a paru intéressant de rappeler à nos lecteurs.

L'action du froid sur les tissus peut être portée très loin. On peut, en effet, rencontrer dans les gelures des altérations dans les liquides de l'économie, dans la peau et les tissus qui lui sont annexés, dans les muscles, les os, les articulations, les nerfs et les vaisseaux.

En général, les gelures ont une marche très lente et une durée très longue.

Dans les congélations très intenses comme celles que Legouest et Valette ont observé en Crimée, la diarrhée était le phénomène précurseur de la mort. Aussi Valette pose-t-il les deux règles suivantes qui sont importantes à connaître :

1° Quand la congélation au quatrième degré est compliquée d'une diarrhée ayant moins de deux mois d'existence et se montrant rebelle aux agents diarrhéiques, il faut amputer pour rendre l'économie impressionnable à ces agents;

2° Quand le sphacèle irrévocable de deux pieds est annoncé par un cercle brunâtre à l'extrémité inférieure des deux jambes, il faut amputer, sous peine de voir succomber le malade à une diarrhée incoercible.

Beaucoup de remèdes ont été préconisés contre les gelures, nous voyons que M. Gosselin emploie l'onguent opiacé et le liniment oléo-calcaire, qu'on peut prescrire sous la formule suivante :

Liniment oléo-calcaire.... 100 gr.
Laudanum de Sydenham. 2
Eau de laurier cerise.... 1

C'est là un excellent médicament qui réussit très bien contre les engelures.

Lorsque les gelures présentent des fongosités on se trouvera bien de cautérisations au nitrate d'argent.

Quant aux opérations chirurgicales qui peuvent être nécessitées par les gelures, il convient d'être prudent, et d'user de temporisation.

Il est nécessaire avant de terminer cet exposé de recommander le traitement général qui consistera dans l'emploi des toniques, dans uno alimentation réparatrice, dans l'emploi du vin de quinquina, etc.

A côté des gelures, nous croyons encore utile de rappeler les effets du froid sur les blessures. On connaît assez les pertes subies par les armées qui laissent des blessés sur le champ de bataille exposés au froid de la nuit. M. Verneuil a recueilli des observations dans lesquelles des plaies en très bon état ont été très fâcheusement influencées par l'influence du froid, ont pris un mauvais aspect, avec fièvre de 39° et 40°, en un mot ont mis en péril la vie des malades.

L'un des malades de M. Verneuil avait subi la désarticulation de l'épaule pendant le mois de janvier : sa plaie, qui était très étendue, ayant été exposée à l'air pendant une demi-heure, les accidents graves se développèrent et ne disparurent que quelque temps après. Un autre blessé, ayant pris un bain antiseptique, sortit un instant et se refroidit ; il fallut pratiquer le lendemain l'amputation d'un membre qui aurait pu peut-être être conservé. La troisième observation est celle d'un malade atteint de fracture compliquée de l'humérus ; pendant que les élèves ont examiné sa plaie laissée à découvert pendant quelque temps, elle a été exposée au froid ; plusieurs ont touché la plaie sans lui causer la moindre souffrance ; mais, le soir, le thermomètre dépassait 39°, et le malade raconte qu'il a parfaitement eu la sensation d'un froid subit pendant l'examen du matin.

Rappelons encore l'influence du froid sur les suppurations prolongées.

De plus on a observé des érysipèles, des lymphangites, succédant à l'impression du froid chez les blessés. L'explication de ces faits est très difficile à donner. Cependant, M. Verneuil croit pouvoir éclairer un peu cette question en s'appuyant sur une expérience très intéressante de M. Pasteur. Les oiseaux, disait-on, ne peuvent avoir le charbon, M. Collin n'avait jamais pu l'inoculer à des poules. M. Pasteur y est parvenu en abaissant la température de ces oiseaux. N'avons-nous pas observé, dit M. Verneuil, que l'érysipèle, la lymphangite, la pyohémie sont plus fréquents en hiver qu'en été! L'homme qui porte un poison avec lui dans sa plaie même ne serait-il pas rendu plus apte à absorber ce poison par l'abaissement de la température!

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. CHARCOT

A LA SALPÊTRIÈRE

III

Cette troisième conférence (1) a été consacrée à l'explication physiologique des réflexes tendineux et de la contracture spasmodique, aussi le professeur revient-il sur quelques-uns des faits exposés le dimanche précédent.

Il commence par juxtaposer deux groupes de maladies médullaires, les unes présentant l'exaltation des réflexes tendineux, les autres ne la possédant pas. Voilà une dichotomie essentiellement pratique, car l'absence des réflexes tendineux est un phénomène souvent caractéristique. Une maladie spinale où il fait généralement défaut, c'est, comme on l'a vu la dernière fois, l'ataxie locomotrice progressive. On a tort de croire, comme le pensait Duchenne de Boulogne, que l'ataxie se reconnaît à l'incoordination des mouvements, car il y a des ataxiques sans ataxie. Il vaut mieux appeler cette affection « *Tabes dorsalis ataxique* » pour n'être pas obligé de nommer ataxique celui qui ne l'est encore qu'en puissance. Cette femme que le professeur montre depuis dix ans à son auditoire, est une ataxique sans ataxie, et cependant il y a vingt ans qu'on aurait pu faire le diagnostic de sa maladie. C'est qu'en effet, elle présente les quatre symptômes suivants qui permettent sûrement de reconnaître le tabes dorsalis ataxique.

Ce sont : 1° les douleurs fulgurantes qui, si elles ne sont pas tout à fait pathognomoniques entraînent cependant une forte présomption ; 2° une affection

(1) Voir le *Concours médical*, n° 22, 29 novembre 1879 ; n° 24, 13 décembre 1879.

du fond de l'œil que les oculistes appellent atrophie nacrée des nerfs optiques ; 3° les crises gastriques séparées par des intervalles de repos et présentant ce caractère, qu'aussitôt la crise passée, les fonctions de l'estomac se rétablissent du jour au lendemain ; 4° l'absence de réflexes tendineux.

Cependant, certains ataxiques présentent exceptionnellement l'exaltation des réflexes tendineux. Voici, en effet, une tabétique ayant de l'ataxie en puissance qui se développera dans un avenir lointain ou rapproché, et chez laquelle les réflexes tendineux sont fortement exagérés. C'est que rien n'est plus varié que l'ataxie locomotrice progressive. Cette affection est un vrai Protée. Notre malade a de l'ataxie thoracique. Elle n'a rien aux membres inférieurs, où elle n'éprouve ni douleur ni incoordination. Elle marche aussi bien que la précédente malade, qui, les jours où elle sort de l'hospice, peut encore aller à pied à Montmartre pour voir ses parents. C'est autour du tronc que les douleurs fulgurantes sont comme localisées. Elle en ressent aussi dans la tête, mais surtout dans l'anus, où elle éprouve la sensation d'une sorte d'empâtement. Elle est atteinte de diplopie et elle est malade depuis dix ans. Malgré l'exaltation des réflexes tendineux, cette femme est ataxique sans ataxie. Elle lève bien la jambe sans oscillations à droite ou à gauche, car elle n'est pas ataxique par les membres inférieurs. Si l'on percute son tendon rotulien, le pied se relève avec dicrotisme. Cette exaltation est l'indice d'une contracture prochaine.

Après cette exhibition de malades, il est nécessaire de compléter la théorie des réflexes tendineux. On se rappelle les arguments tirés des expériences physiologiques sur le lapin et ceux appuyés sur les graphiques obtenus sur l'homme, « cet animal sur lequel on n'expérimente pas. » Donnons quelques détails sur la méthode graphique, car on peut disposer les expériences de telle façon que les spectateurs puissent les apercevoir sans quitter leur place.

L'appareil se compose d'un marteau ordinaire destiné à percuter le tendon rotulien et en relation avec un signal électrique qui indique, sur le cylindre enregistreur, le moment exact de la percussion du tendon. Sur le triceps on applique une plaque percée d'un trou où l'on place un bouchon dont l'extrémité inférieure est en contact avec la peau, tandis que la supérieure est surmontée d'un tambour en communication avec un autre tambour auquel est attaché le stylet destiné à marquer le tracé sur le cylindre enregistreur dont il vient d'être parlé à propos du signal électrique. Au moment où le marteau agit sur le tendon, le signal électrique trace un trait vertical et le stylet une ligne horizontale, aussitôt que le muscle se contracte, le stylet se relève et décrit une courbe d'une certaine forme dans laquelle on peut remarquer l'ascension, l'amplitude et la longueur.

C'est à l'aide de cet appareil qu'ont été obtenus les tracés décrits dans la précédente conférence et où l'on a vu qu'à l'état pathologique le temps perdu est plus court, l'ascension plus rapide, la longueur plus considérable et la courbe marquée par une ou plusieurs oscillations qui dénotent le dicrotisme.

Le professeur insiste sur plusieurs tracés obtenus dans des conditions diverses. Ainsi sur un hémiplégique, on peut prendre comparativement le tracé sur les deux côtés, l'un d'eux étant à peu près sain (on ne peut dire tout à fait à cause du retentissement dont il est le siége) pourra servir d'étalon. L'expérience montre que du côté pathologique le temps perdu est plus court et que l'onde d'une longueur double est plus élevée et affectée de dicrotisme. Un tracé obtenu sur une autre hémiplégique montre qu'après la percussion du tendon, le membre s'élève, fait plusieurs oscillations et se maintient un certain temps en contracture. On peut prédire, à coup sûr, que cette hémiplégique ne tardera à être contracturée.

On obtient les mêmes résultats avec les hystériques. Il est bon de dire ici quelques mots sur l'hystérie, cette maladie que certains médecins voudraient reléguer hors du cadre pathologique. Evidemment l'hystérie est une maladie pleine d'écueils, mais le rôle d'un bon navigateur est de savoir les éviter. Il faut réhabiliter l'hystérie, il faut surtout l'étudier car il y a beaucoup à y apprendre. En effet, il n'y a pas un seul phénomène hystérique qu'on ne retrouve dans les affections organiques.

Quelques hystériques se prêtent à merveille, à une véritable expérimentation de laboratoire, ainsi on peut produire chez elles la contracture, la faire passer de l'autre côté, la défaire et tout cela sans lésion, sans dommage.

Voici une malade atteinte de ce que M. Charcot appelle la grande hystérie ou encore l'hystéro-épilepsie ; elle a de l'ovarie droite, de l'hémianesthésie et de la parésie du même côté. Elle présente le phénomène du genou d'une façon remarquable et, chose singulière, aussitôt qu'on percute le tendon rotulien à droite ou à gauche, on voit le membre supérieur droit, c'est-à-dire celui du côté anesthésié, animé d'une petite secousse. C'est là une excellente preuve du rôle de la moelle dans ces phénomènes.

Comme on pourrait croire qu'il y a simulation, le professeur va montrer le contraire. Il supprime le cerveau de la malade en la plongeant dans cet état particulier que Braid de Manchester étudié sous le nom d'hypnotisme. Ce phénomène est très facile à provoquer et sans aucun inconvénient ; il y a même avantage, car, dans cet état, l'insensibilité est complète, et le chirurgien peut pratiquer des opérations douloureuses (amputation, etc.), sans recourir aux agents anesthésiques ordinaires. M. Charcot regarde fixement la malade, presque aussitôt celle-ci fait entendre un petit bruit caractéristique, un peu d'écume apparaît à sa bouche et elle est plongée dans cet état hypnotique pendant lequel les fonctions céré-

brales sont supprimées. C'est un temps perdu dans la vie, car il y a absence totale de mémoire. La malade dort d'un sommeil profond pendant la première période duquel elle est en résolution. Pendant une seconde période qu'on peut appeler ambulatoire, on arrive en secouant la malade et en l'excitant, à la faire marcher, à la faire écrire, etc. C'est la période exploitée par les amateurs du merveilleux. Pourquoi ne serait-elle point aussi exploitée par les médecins dans un but scientifique et thérapeutique ?

Dans cet état si l'on met de nouveau en évidence les réflexes tendineux on voit la petite secousse du bras droit se produire comme à l'état de veille. Le meilleur moyen de montrer qu'il n'y a aucune supercherie c'est de faire l'épreuve anatomique, car pendant l'hypnotisme l'excitabilité musculaire et nerveuse est si développée qu'il suffit d'exciter légèrement un muscle ou un nerf pour voir se produire le mouvement physiologique qui y correspond. C'est même un moyen de faire l'analyse des muscles et des nerfs avec plus de perfection peut-être que Duchenne de Boulogne ne l'a obtenu par la faradisation.

On touche le muscle fléchisseur du petit doigt, aussitôt le petit doigt se fléchit; l'excitation du premier intérosseux dorsal étend l'index; celle des fléchisseurs, des radiaux, des extenseurs amènent les mouvements correspondants à l'action physiologique de ces muscles. Pendant l'excitation du sterno-cleido-mastoïdien gauche, on voit la face se tourner à droite. Le nerf cubital pressé dans la gouttière cubitale est suivi de la contraction des muscles de l'éminence thénar et des fléchisseurs profonds de l'auriculaire et de l'annulaire. En portant cette excitation sur le facial on voit se contracter les différents muscles de la face. Pour admettre la supercherie, il faudrait supposer que la malade a des connaissances physiologiques et anatomiques telles qu'elle ne les posséderait pas après plusieurs années d'études médicales.

Comme pendant l'hypnotisme, les fonctions cérébrales sont supprimées, l'excitabilité réflexe est poussée au plus haut degré; c'est alors la moelle qui agit, qui fait son devoir.

Toutes ces expériences et bien d'autres qu'il serait possible de faire, sont tout à fait inoffensives et on peut quand on veut, réveiller la malade. Il y a plusieurs moyens pour produire cet effet, dans le cas présent il a été obtenu par la compression brusque de la région ovarienne droite, c'est-à-dire du côté anesthésié.

La conférence s'est ensuite terminée par les projections de différentes pièces pathologiques dont il sera question la prochaine fois. Le professeur traitera de la contracture spasmodique qu'il n'a pas eu le temps d'aborder cette fois.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'OCCLUSION INTESTINALE ET DE SON TRAITEMENT

Quand tous les moyens médicaux ont échoué dans un cas d'occlusion intestinale et en présence de la gravité de plus en plus grande des phénomènes, il faut avoir recours à une opération chirurgicale.

Les opérations de ce genre ont d'autant plus de chances de réussir qu'elles sont pratiquées plus hâtivement. Aussi ne saurait-on trop mettre de soin à poser un diagnostic exact. La décision du chirurgien, si elle est prise à temps, peut sauver la vie du malade. C'est surtout dans l'occlusion à forme aiguë que cette nécessité d'opérer hâtivement s'impose au praticien.

Les opérations chirurgicales *entérotomie* ou *colotomie* s'adressent au symptôme : arrêt des matières fécales. On cherche par une ouverture artificielle, faite au-dessus de l'obstacle, à rétablir le cours des matières.

L'opération réellement curative de l'occlusion intestinale est la gastrotomie ou mieux la *laparotomie* (*lapara :* flanc et *tomè* : section).

Ce point de pratique chirurgicale a été l'objet d'une discussion approfondie à la *Société de Chirurgie* entre MM. Terrier, Duplay, Polaillon, Tillaux, L. Le Fort, Ledentu et Trélat. Nous nous efforcerons, dans ce dernier article, de résumer les enseignements qui en ressortent.

Comme le faisait observer M. Tillaux, la chirurgie de l'abdomen subit en ce moment une transformation. Je suis convaincu, dit ce chirurgien, que si M. Nélaton avait assisté au mouvement chirurgical actuel, s'il avait vu ouvrir le ventre avec la sécurité que l'on a aujourd'hui, il eut accepté la gastrotomie. L'entérotomie, ajoute-t-il, n'est pas une opération rationnelle.

L'entérotomie était considérée, jusqu'ici, comme un véritable bienfait. C'était la seule opération admise contre l'étranglement interne.

Cependant l'idée d'ouvrir l'abdomen largement et d'aller à la recherche du siège de l'étranglement n'est pas nouvelle. M. L. Le Fort, avec son érudition bien connue, a rapporté les cas de Bonnet (1700), de Nuck. Dupuytren, en 1817, fit la gastrotomie ou plutôt la *laparotomie* pour un étranglement interne sur un malade du service de Récamier.

Depuis on pratiqua cette opération un assez grand nombre de fois. Adelmann, en 1863, donne une statistique de 33 opérations de laparotomie pratiquée pour diverses causes; il y eut 14 guérisons et 19 morts.

Asthurst (1874) donne une statistique plus complète et, de plus, classe à part les cas d'invagination, 13 opérations auraient donné 5 guérisons et 8 morts. A ces cas, M. Le Fort y ajoute ceux de Miller qui a

guéri par la laparotomie un enfant de 7 mois; de Hutchinson et de Fagge.

Dans une thèse soutenue en 1872 devant la faculté de Paris, un élève de M. Boinet, M. le docteur Delaporte affirmait que la laparotomie était loin d'être redoutable au degré où on le disait jusque-là. M. Delaporte a réunit 14 observations donnant une proportion de 8 guérisons, soit 57 pour 100.

M. Bulteau est parvenu à réunir 92 observations d'occlusion intestinale où la laparotomie a été pratiquée.

L'analyse de ces 92 observations nous donne les résultats suivants :

1° Sur 92 opérations de laparotomie, il y a eu 33 guérisons et 69 morts.

Soit : 36 p. 100 de guérisons;

2° Sur 21 opérations de laparotomie dans des cas d'invagination, il y a eu 8 guérisons et 13 morts.

Soit : 38 p. 100 de guérisons;

3° Sur 71 opérations de laparotomie dans toutes les variétés d'occlusion autres que l'invagination, il y a eu 25 guérisons et 46 morts.

Soit : 35 p. 100 de guérisons.

Il est certain qu'il ne faut accorder aux statistiques qu'une valeur très relative. Celle de M. Bulteau est incontestablement très favorable à la laparotomie. Il resterait à mettre en regard une statistique assez complète d'entérotomie ou d'anus artificiel. Or, cette statistique fait complètement défaut. Sur six malades, Nétalon aurait eu deux succès. M. Ledentu déclare que, sur quatre opérés, il a eu trois morts. M Polaillon a pratiqué cinq fois l'entérotomie par la méthode de Littre, et tous ses opérés sont morts rapidement, à l'exception d'un seul, qui a vécu quinze jours. Sur six cas, M. Tillaux n'a eu qu'un succès chez un cancéreux.

Les statistiques nous manquent donc pour trancher d'une façon absolue la question de la valeur comparative de l'entérotomie et de la laparotomie. Cependant il résulte de la discussion si intéressante qui a eu lieu à la Société de Chirurgie, que tous les chirurgiens sont d'accord aujourd'hui pour donner, dans certains cas, la préférence à la laparotomie.

Voici les raisons que donne M. L. Le Fort : Nous ne possédons pas, ou du moins je ne connais pas de statistique d'opérations de colotomie ; mais ce que j'ai vu, par ma pratique personnelle, par la pratique de mes maîtres et de mes collègues, me fait croire que la guérison par la colotomie est absolument rare. J'ai perdu tous mes opérés ; je n'en ai jamais vu guérir, et M. Verneuil, dont la pratique est plus étendue que la mienne, vient de me dire qu'il ne possède qu'un seul cas de guérison.

« De plus, l'entérotomie peut bien permettre de soulager le malade, en permettant l'évacuation du bout supérieur de l'intestin, mais elle ne fait rien à la maladie elle-même ; la bride, l'invagination, le volvulus subsistent, et, si l'intestin est fortement étranglé, si surtout il est déjà compromis dans sa vitalité, on peut être assuré que la péritonite enlèvera ultérieurement le malade.

« L'entérotomie amène la blessure forcée de l'intestin, que la laparotomie peut éviter, et sous le rapport de la susceptibilité à la péritonite, le péritoine viscéral, surtout le péritoine intestinal, si vasculaire dans sa couche sous-péritonéale, est bien autrement irritable que le péritoine pariétal.

« La crainte des erreurs de diagnostic peut faire hésiter au moment de faire une laparotomie. Mais si le chirurgien a le regret de constater une erreur de diagnostic, au moment de l'opération, cette erreur ne subsisterait pas moins si l'on avait fait l'entérotomie.... La laparotomie peut permettre de reconnaître l'erreur, et d'intervenir parfois utilement. »

M. Ledentu disait de même « le véritable avantage de la laparotomie, c'est d'assurer quand elle réussit, le rétablissement du cours des matières, tandis que l'entérotomie expose à une infirmité persistante et affreusement pénible. S'il est vrai que, à la suite de cette dernière opération, les matières puissent reprendre la voie de l'intestin, combien de fois peut-on compter sur ce résultat ? Personne ne saurait le dire. »

« A la condition d'intervenir à temps, la laparotomie est une ressource beaucoup plus rationnelle et peut-être moins périlleuse que les purgatifs avec lesquels on s'évertue d'ordinaire à combattre les étranglements internes. » (Polaillon).

M. Lucas-Championnière va plus loin, « il faut dire que l'opération est excellente, qu'il n'y a même plus à discuter l'opportunité de l'entérotomie, qu'il faut rejeter les procédés qui font pénétrer sur les parties latérales, à travers les muscles, comme plus compliqués, et enfin que s'il peut se présenter des difficultés sérieuses, elles ne sont pas insurmontables pour un chirurgien, en particulier l'issue des anses intestinales distendues. »

Dans quels cas faudra-t-il employer la laparotomie ?

Pour répondre à cette question, nous rapporterons les conclusions de M. Bulteau.

1° *Dans toute occlusion intestinale aiguë*, aussitôt que les moyens médicaux ordinairement employés auront échoué, il faudra pratiquer la gastronomie. Plus la gastrotomie sera faite à une époque rapprochée du début des accidents, et plus seront grandes les chances de succès.

2° *Dans l'occlusion intestinale chronique*, on fera tantôt la gastrotomie, tantôt l'entérotomie, tantôt la colotomie lombaire.

a. On pratiquera la gastrotomie dans l'invagination intestinale chronique lorsque les insufflations d'air, les injections d'eau et l'application de l'électricité n'auront pas amené la réduction de l'intestin. Pour réduire l'invagination, ce qui est quelquefois difficile, il faut employer le procédé d'Hutchinson. Selon lui, « il faut toujours rechercher en premier la partie inférieure de l'invagination, et effectuer la

réduction en exprimant (*Squeezing*) le cylindre ou en tirant sur la gaîne, plutôt qu'en cherchant à extraire directement l'anse envaginée.

On a ainsi l'avantage de diminuer le volume du boudin d'invagination, en pratiquant sur lui cette compression, et on risque évidemment moins de le rompre en le pressant doucement qu'en exerçant des tractions sur lui. Par ce moyen on peut opérer la désinvagination sans qu'il soit nécessaire d'extraire la tumeur de l'abdomen. »

b. Dans l'occlusion du gros intestin, si le siége précis de l'obstacle n'est pas connu, il faut pratiquer l'entérotomie cœcale.

c. Si l'examen du malade permet d'affirmer que le siége de l'occlusion se trouve sur le trajet de l'*S* iliaque et du rectum, on pratiquera l'entérotomie de Littre dans la fosse iliaque gauche, ou mieux, la colotomie lombaire d'Amussat.

d. Dans toutes les autres variétés d'occlusion chronique de l'intestin, on fera l'entérotomie de Nélaton dans la fosse iliaque droite.

Quel est le procédé de la parotomie à employer. — Les procédés varient. M. Parisse (de Lille) incise dans la fosse iliaque droite pour deux raisons : 1° parce que c'est de ce côté que l'on a le plus de chance de trouver l'étranglement ; 2° parce que l'on trouve dans la fosse iliaque droite un point de repaire certain et facile à reconnaître : le cæcum.

D'autres chirurgiens font une très grande incision sur la ligne blanche — De cette façon on n'est pas gêné par les intestins mêmes distendus pour aller à la recherche du siége de l'obstacle. On est frappé, dit M. Lucas Championnière, de la facilité de la recherche.

Dans l'un ou dans l'autre procédé c'est sur le cæcum que le chirurgien doit d'ailleurs se guider dans la recherche parfois très difficile du point étranglé. — *Le cæcum et le gros intestin sont-ils affaissés, l'on est sûr que l'obstacle siège sur l'intestin grêle ; au contraire, le cæcum et une partie du gros intestin sont-ils gonflés par les gaz et les matières fécales ; l'on peut être sûr que l'obstacle siège sur un point quelconque du gros intestin.*

Le chirurgien peut donc, dit M. Bulteau, aussitôt que le ventre est ouvert, préciser le siége de l'obstacle, sans avoir pour ainsi dire, touché à la masse intestinale.

Si le cæcum et le gros intestin sont affaissés, le chirurgien doit porter ses recherches dans la fosse iliaque droite et examiner l'extrémité inférieure de l'iléon, à partir du point où cet intestin s'abouche dans le cæcum ; il arrivera fatalement et rapidement au siége de l'obstacle en continuant ses recherches sur l'intestin grêle. Les statistiques d'occlusion intestinale montrent d'une manière évidente, que dans les cas d'occlusion de l'intestin grêle, l'obstacle siége presque toujours dans la fosse iliaque droite et presque toujours à la partie inférieure de l'iléon. Le chirurgien, en portant ses recherches tout d'abord dans la fosse iliaque droite, a donc grande chance de rencontrer rapidement l'obstacle qu'il doit lever.

Si le *cæcum est gonflé par les gaz*, le chirurgien doit alors examiner le côlon ascendant, le côlon transverse, etc. C'est sur le gros intestin, en effet, que siége l'obstacle, et ses recherches ne doivent porter que sur cet organe.

Le siége de l'obstacle au cours des matières une fois trouvé, il faut examiner l'état de l'intestin. Lorsque l'intestin est seulement congestionné et paraît sain, on peut le laisser dans la cavité abdominale après avoir levé l'étranglement et suturé la plaie ; au contraire, si l'intestin est perforé ou gangrené au point où siége l'étranglement, on établira un anus artificiel.

Le succès de l'opération dépend en grande partie des soins de propreté employés par le chirurgien. On emploiera la méthode antiseptique dans toute sa rigueur. Toutes les précautions d'enveloppement du malade employées pour l'ovariotomie seront de mise ici, ainsi que les soins consécutifs. (Lucas-Championnière).

M. Lucas-Championnière insiste beaucoup sur la nécessité d'ouvrir le ventre largement sur la ligne médiane. L'incision dans la fosse iliaque droite, en effet, est trop étroite pour permettre au chirurgien d'explorer suffisamment la cavité du péritoine et enlever l'obstacle au cours des matières. L'incision sur la ligne blanche a l'avantage de permettre de reconnaître l'obstacle *quel que soit son siége*. On sait, du reste, combien il est difficile d'être fixé à l'avance sur le siége précis de cet obstacle.

Erratum. — Nous ne voulons pas terminer cette rapide revue sans rectifier une erreur involontaire. — Nous avons attribué à M. J. Besnier un travail intitulé : *Des étranglements internes de l'intestin*, etc. Or, ce travail, couronné par l'Académie de médecine en 1859, appartient à M. *Ernest Besnier*, médecin de l'hôpital St-Louis, et secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux. De plus, le titre de l'ouvrage était altéré par une faute typographique, de façon que, sans intention, nous avions dépouillé complétement l'auteur de son nom et du titre réel de son travail.

Dr P.

CONCOURS SCIENTIFIQUE

Accouchement prématuré. — Présentation du siége. — Arrêt des douleurs. — Mort apparente du nouveau-né. — Succès de la méthode du docteur Frank (de Brunswick).

Mad. C..... agée de 24 ans, primipare à 8 mois de grossesse, fait le samedi un voyage, sans ressentir aucune incommodité. Le jeudi et le vendredi aucun accident. Le samedi matin à 3 heures les douleurs de l'accouchement se manifestent, persistent toute la journée avec quelques intermissions. Appelé à 8 heures du soir, je constate l'effacement complet du col de l'utérus qui est du diamètre d'une pièce de

2 francs, très dilatable ; présentation du siége en 1re position. Les coliques sont très fréquentes, sans avoir une grande intensité. Je passe dans une autre pièce de l'appartement, une demi-heure s'écoule; je reviens auprès de la patiente. Elle est debout, la poche des eaux intacte fait saillie de plusieurs centimètres hors des parties genitales.

Je me hâte de la faire replacer sur son lit, et je perfore la poche très résistante. Une minute après, le tronc est expulsé par une douleur intense. Mais dès ce moment absence complète des contractions de l'utérus, malgré les frictions répétées.

L'enfant exécute quelques mouvements d'inspiration, le cordon ombilical quo je dégage bat faiblement, frictions répétées sur le fond de l'utérus; l'index de la main gauche dans la bouche accroche la mâchoire qui n'offre aucune résistance; j'exerce avec l'index de la main droite une pression sur l'occiput en rapport avec la symplise; je sollicite la parturiente de faire des efforts d'expulsion même en l'absence de toute contraction de l'utérus. La partie expulsée devient flasque, le cordon ne bat plus. Un aide exerce une pression sur le fond de l'utérus. La scène a durée 10 à 12 minutes; une colique survient alors; j'emploie d'énergiques tractions, persuadé que l'enfant, né avant termo n'a plus guère de chance d'existence et qu'il faut se hâter à tout prix.

L'expulsion d'une petite fille a lieu à 9 heures. Je coupe le cordon, il ne s'écoule que quelques gouttes de sang noir, l'enfant est flasque, décolorée, sans cyanose, pas de pulsations du cœur perceptible, pas trace d'inspirations.

L'enfant est plongée de suite et alternativement dans l'eau chaude et l'eau froide, respiration artificielle par l'élévation des bras et la compression de l'abdomen, douche d'eau-de-vie sur la région précordiale, insufflation de bouche à bouche, la langue accrochée avec le doigt.

10 minutes au moins se sont écoulées. Pas de pulsations au cœur, pas de respiration.

Nouvelle immersion, frictions et douche d'eau-de-vie, linges chauds, pas de résultat.

Je procède alors à l'emploi méthodique du procédé du docteur Frank (*Concours médical* n° 19). je repousse 10 fois la masse intestinale vers la région du cœur, l'enfant reste froide et flasque, pas de pulsations.

Sans espoir de succès je la replonge dans l'eau chaude et fais soutenir l'enfant par les bras pour maintenir la poitrine au dehors du liquide. 10 minutes nouvelles se sont écoulées dans ces manœuvres. Aucune trace de vitalité.

Jo percute alors avec la pulpe des doigts la région precordiale, les pectoraux, les insertions du diaphragme. Il me semble que l'enfant exécute une légère inspiration. Je crois distinguer des pulsations en appliquant à nu l'oreille sur la poitrine. — Je fais prendre à ce moment et postérieurement des cuillères à café d'eau sucrée chaude, additionnée de cognac.

Ne désespérant plus absolument, je reprends le refoulement de la masse intestinale, puis les percutions des pectoraux. Les inspirations so caractérisent et se font à des intervalles do 2 à 3 minutes, qui paraissent bien longs à mon impatience. Bref, les mêmes manœuvres ont été continuées jusqu'à minuit, c'est-à-dire trois heures, et ce n'est qu'à ce moment que je puis la confier, avec quelque sécurité aux soins des aides qui m'ont assisté dans cette pénible résurrection dont j'attribuo la principale part à la méthode qui a donné par son emploi le signal de la 1re inspiration.

A minuit le corps de l'enfant n'est à peu près chaud que vers le tronc, les membres sont encore flasques et presque froids; mais la face est rose; les lèvres vermeilles, les inspirations sont très rapides et de temps en temps l'enfant ébauche un bien faible vagissement.

A une heure et demie, nn peu plus de chaleur par tout le corps et même aux extrémités; la respiration toujours courte et rapide, quelques mouvements spontanés quand on agite l'enfant, qu'on le recouvre de linges chauds; la deglutition de l'eau alcoolisée se fait difficilement. Je recommande avant mon départ de répéter les mêmes manœuvres s'il y a lieu.

Le dimanche à 11 heures la respiration et la deglutition se font avec facilité, le corps est chaud, la figure rosée, l'enfant a uriné, il n'y a pas eu de garderobe, je ne juge pas urgent do la provoquer. — Ouate et chaleur artificielle, potions de lait dans l'eau sucrée chaude, quelques frictions excitantes.

Hâter par l'emploi du biberon, appliqué au sein de la mère et aspiré par une personne de la famille, la moitié du lait qu'on donnera à l'enfant le plus tôt qu'il se pourra ; telle est la prescription.

L'enfant pèse 1,585 grammes.

Au bout de huit jours, l'enfant tête bien; il est dans un état très satisfaisant, il pèse 1.595 grammes.

Dr A. C.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

DES CAUSES QUI RENDENT LA PROFESSION MÉDICALE PEU LUCRATIVE

Chèr confrère,

Je partage votre appréciation au sujet de la lettre *navrante* du Dr Foch publiée dans la Chronique professionnelle du n° 23 du *Concours médical*. Mais il me semble que, sans négliger l'affiliation à l'association générale du département qui, seule, me paraît pouvoir substituer aux prix usités des tarifs convenables, il est un autre abus contre lequel ou peut réagir soi-même. Je veux parler de cet usage, très général, sans doute, puisqu'il existe aussi dans notre département, qui consiste à se trouver, *comme par hasard*, auprès du malade en même temps que le médecin auquel on demande une consultation. Seulement, à part quelques exceptions, on paie immédiatement, comme si l'on était venu consulter le médecin chez lui.. Dans le cas contraire, comme il ne s'agit presque jamais de cas urgents, il me paraît parfaitement licite de dire à ces *malades d'occasion* de venir chez nous, où nous aurons plus de temps et de facilités pour les examiner convenablement.

Quant aux sociétés de secours mutuels, celle dont parle notre confrère me paraît avoir dépassé les bornes de la fantaisie au point de vue de la rétribution des médecins. En fixant un prix aussi dérisoire que celui de 2 francs par sociétaire, au moins cette somme eût-elle dû être assurée au médecin, que le sociétaire fût malade ou non.

J'ai été médecin d'une société composée de 134 membres mariés, veufs ou veuves; le mari et la femme avaient droit aux secours médicaux et pharmaceutiques. Il était bien entendu que toute consultation donnée aux enfants devait être payée par lo sociétaire. Les malades pouvaient choisir entre deux médecins qui recevaient chacun 200 francs par an. Cette société est tombée ruinée par les spécialités pharmaceutiques, et, comme j'ai quitté le pays vers cette époque, il m'est resté dû 25 francs que je n'aurai jamais. En arrivant ici, j'ai trouvé une société composée de 62 pères de familles, donnant au médecin 0,50 par consultation, 0,75 par visite; quel-

ques-uns demeurent de 2 à 5 kilomètres du village; j'ai refusé net un pareil tarif. Au bout d'un an, j'ai accepté les prix ainsi modifiés : 0,75 la consultation, 1 fr. la visite, 2,50 en dehors du village; et, la nuit, tous les prix doublés. Nous sommes deux médecins entre lesquels les malades peuvent choisir.

En dehors de la société, les prix admis dans le pays sont : 2 fr. par visite ou consultation ; 1 fr. par kilomètre de distance. Ces prix sont doublés la nuit. L'extraction d'une dent n'est payée qu'un franc; je demande 2 fr.; encore 3 fr. me sembleraient le minimum désirable pour une opération aussi ennuyeuse.

Du reste, ces prix me paraissent à peine suffisants, étant données les dépenses considérables qu'entraîne notre profession. Ainsi, tout se paie plus cher au village que dans une ville. Par exemple, les loyers étant très rares, on se voit obligé de payer très cher un logement détestable; ce qui amène une augmentation proportionnelle de la patente et de la cote mobilière.

Agréez, cher confrère, l'assurance de ma considération très distinguée.

Dr CASSAS,
membre fondateur.

Génelard, le 12 décembre 1879.

A PROPOS DE LA PATENTE DES MÉDECINS QUI EXERCENT LA PHARMACIE.

Nous rapportons ici, pour répondre à la question d'un de nos fondateurs, deux décisions du *Conseil d'Etat*.

1° Est imposable comme pharmacien le médecin qui vend des médicaments *dans une localité où il existe plusieurs pharmaciens*. (Arrêt de 1851.).

2° N'est imposable, ni comme pharmacien, ni comme droguiste, le médecin qui se borne à fournir des médicaments aux personnes près desquelles il est appelé, *dans les communes où il n'y a pas de pharmaciens* (Décision de 1871).

UNE CAUSE DE LA DIFFICULTÉ DES RÉFORMES MÉDICALES

Après avoir rappelé et corroboré par des faits très-saisissants les préjugés, les préventions, les absurdes jugements de presque toutes les classes de la société contre la médecine et les médecins, notre honorable collègue M. le docteur Testelon s'exprime ainsi :

« Messieurs, ces préjugés répandus dans le gros public, nos législateurs les partagent un peu. — Un peu ! Ce n'est là vraiment qu'un euphémisme. — A l'Assemblée et au Sénat, il y a, vous le savez, pas mal de médecins. Presque tous sont actifs, intelligents ; on reconnaît assez volontiers leur supériorité, mais comme, de par ses études, le médecin a touché à une foule de questions, et que nos confrères prennent une part effective aux travaux de beaucoup de Commissions, on les trouve envahissants : « Ces médecins, dit-on, on les voit partout ! » (Hilarité.)

« Nous avons eu l'idée de nous réunir en une Commission extra-parlementaire. Et bien que nous nous soyons astreints à ne pas nous occuper d'intérêts professionnels, mais seulement des questions générales touchant la santé publique, l'on se méfie de toute proposition émanée de notre initiative. Soyez-en sûrs, nous sommes souvent plus nuisibles qu'utiles aux causes que nous prenons en mains. En voulez-vous des exemples : Notre confrère, M. Théophile Roussel, l'auteur d'un admirable projet sur l'assistance médicale dans les campagnes, projet présenté déjà à l'ancienne Assemblée, eh bien, le bruit s'est répandu que ce projet avait en vue l'intérêt des médecins plutôt que celui des indigents malades. Et je ne sais si le projet passera, ou, s'il passe, il sera amendé de telle sorte, qu'il aura perdu une bonne partie de sa valeur. M. Roger-Marvaise a demandé cette chose simple que les médecins étrangers soient astreints, pour exercer en France, à des examens cliniques analogues à ceux que doivent subir les médecins français, pour exercer dans les autres pays ; on a ameuté la presse européenne contre ce projet, qui est, à l'heure qu'il est, gravement compromis.

« Quelle est la morale de tout ceci ? Qu'il faut d'abord réformer les mœurs ; mais, pour cela, il ne faut pas heurter de front les préjugés. Je vous en prie, pas de bruit, pas d'articles de journaux retentissants, pas de brochures tapageuses...... Soyons donc prudents, soyons patients. C'est là notre mot d'ordre aujourd'hui.

(Annuaire de l'Association)

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LES GOURMES CHEZ LES ENFANTS.

(Leçon de M. J. SIMON, à l'Hôpital des enfants.)

L'étude des gourmes chez les bébés me conduit à la discussion suivante : 1° ces maladies de la peau peuvent-elles répercuter, — selon l'expression consacrée — sur les principaux organes internes? Si cette répercussion existe, quelle en est la cause ? Relève-t-elle du traitement ou des influences qui lui sont étrangères?

2° Doit-on s'abstenir de traitement ? Les gourmes ne sont-elles pas une source d'affaiblissement qui nécessite l'intervention ?

3° Quel est le traitement à leur apporter ?

1° Les affections eczémateuses peuvent-elles, par leur disparition, provoquer des accidents vers les organes internes ? Tout semble plaider en faveur de cette opinion. Ne voyez-vous pas, à notre consultation, des bébés atteints de diarrhée ou de bronchite intenses qui semblent être la répercussion d'un eczéma impétigineux disparu. Voilà le fait. Mais passons à l'interprétation Qu'apprenons-nous ? On a provoqué la diarrhée par des aliments indigestes. Le bébé a été exposé à des refroidissements avérés. Dans le premier cas la diarrhée, dans le second la bronchite se sont développées avec d'autant plus d'intensité qu'il s'agissait d'un enfant affaibli, habitué déjà à fournir des sécrétions abondantes du côté de la peau. Si l'inflammation eczémateuse a pâli momentanément, ce n'est pas une action directe sur la peau ni une répercussion qui l'a suivie qui en sont la cause originelle, mais, au contraire, les inflammations internes agissant par une sorte d'appel de la périphérie au centre. Supposez un instant que l'enfant a été soumis à un traitement anodin quelconque au moment de l'apparition de ces accidents, la famille n'hésitera pas à s'en prendre à votre traitement et point à ses imprudences. Cette réflexion est essentiellement humaine et, dans la pratique de la médecine, nous sommes journellement témoins et victimes de jugements identiques. Ce que je vous concède, c'est que les enfants couverts d'eczéma sont plus sujets aux fluxions et à des inflammations internes, au même titre que les individus rhumatisants, habituellement en sueurs au moindre effort. Telle est la raison que j'invoque auprès de vous,

pour les faire sortir de cet état qui les expose à toutes espèces de complications.

En résumé, je ne nie pas une sorte de balancement qui s'établit entre la peau et les muqueuses, loin de là, je le proclame; mais je n'en place pas la cause dans l'affection elle-même, mais bien dans les imprudences des nourrices et des gardes des enfants.

2° La répercussion, interprétée comme je viens de le faire, existe sans conteste, mais doit-elle imposer l'abstention ? Je réponds par la négative. Il est incontestable que les bébés couverts d'eczéma sont d'une susceptibilité excessive aux diverses causes qui provoquent la diarrhée, les bronchites, les broncho-pneumonie, les congestions méningo-encéphaliques, et que ces affections prennent chez eux des caractères d'autant plus graves qu'ils sont préalablement tourmentés par des gourmes plus généralisées.

Mais en dehors de cette susceptibilité spéciale des enfants eczémateux, comment ne pas comprendre que cette inflammation démangeante, suintante, prive de sommeil, agace le système nerveux et devient une source de fatigue et de débilité ? Comment ne pas établir une sorte de rapprochement entre ces eczémas, quand ils sont étendus, et les brûlures généralisées qui, par la douleur, la perturbation des fonctions cutanées, déterminent des hypersécrétions vers les intestins et d'autres organes internes, sans répercussion, sans disparition de la dermite. Puisque les gourmes affaiblissent les enfants, puisqu'elles les exposent à une foule d'accidents vers les organes internes, par le seul fait de leur persistance et non pas de leur disparition, il faut donc leur opposer systématiquement un traitement approprié.

(Progrès médical).

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE CHEZ LES ENFANTS.

Dans la formo la plus légère de la fièvre typhoïde chez les enfants, l'expectation doit suffire comme traitement ; mais, dans la forme grave, on a deux choses à considérer : l'intensité même des symptômes et les complications. Il faut bien se garder toutefois d'appliquer une méthode de traitement unique à tous les cas. La méthode dite purgative, par exemple, qui consiste à purger légèrement les malades tous les jours, est mauvaise parce qu'on arrive ainsi à exagérer la diarrhée et qu'on débilite beaucoup les malades ; d'ailleurs à côté des plaques de Peyer, il y a un certain degré d'entérite qu'on augmente beaucoup par les purgatifs répétés.

La médication tonique est la plus applicable d'une façon générale, et cependant elle ne satisfait pas à tous les cas. Elle consiste tout d'abord dans l'administration, dès le début de la maladie, de boissons additionnées d'une certaine quantité de vin, le quart ou le cinquième, comme tisane ; si les enfants ne veulent pas la tisane de limonade qui est la plus généralement employée, on peut leur donner simplement du vin coupé avec de l'eau, ou bien encore du vin de Malaga au quinquina. En même temps on administre quotidiennement une potion ainsi composée :

Julep gommeux........	80 grammes
Sirop de limon.........	20 grammes
Eau-de-vie, 20 à......	30 grammes
Extrait de quinquina...	2 grammes

Enfin, à titre de tonique, M. Archambault donne très souvent le sulfate de quinine à la dose de 20 à 30 centigrammes pour les enfants de sept à huit ans.

A côté de cette médication s'adressant à l'état général du malade, il y a des symptômes particuliers qu'il faut surveiller. Au début, par exemple, si l'embarras gastrique paraît très prononcé, on donne un vomitif avec du sirop et de la poudre d'Ipéca. On peut le remplacer par la potion suivante :

Décoction de polygala..	100 grammes
Sirop d'Ipéca..........	30 grammes
Poudre d'Ipéca.........	1 gramme

On donne le quart de cette potion toutes les dix minutes. Un léger purgatif est aussi souvent nécessaire, d'autant plus que la constipation est fréquente dans la fièvre typhoïde des enfants, et on donne alors des eaux minérales naturelles, ou du citrate de magnésie dans une petite quantité de véhicule.

S'il se produit des douleurs vives dans la fosse iliaque, ce qui est aussi assez fréquent chez les enfants, on doit s'abstenir de toute application de sangsues et faire simplement des embrocations calmantes, appliquer un cataplasme de flanelle imbibé d'une solution narcotique, ou même faire une injection sous-cutanée avec un quart de centigramme de morphine.

Les bains tièdes donnés tous les jours pendant la période aiguë constituent encore un moyen sédatif très favorable et utile à beaucoup de points de vue.

Enfin si la diarrhée est très intenso, il est nécessaire de la modérer, et on peut le faire très rapidement avec la potion suivante :

Julep gommeux............	120 grammes.
Bismuth..................	4 grammes.
Laudanum de Sydenham, 2 à	4 gouttes.

Tels sont les principaux moyens à employer dans les formes moyennes de la maladie. Dans la forme grave, les mêmes procédés sont applicables au début. Mais on observe quelquefois dans cette forme des vomissements fréquents. Ils peuvent être dus à l'intolérance de l'estomac pour le quinquina, qui doit être remplacé alors par un vin alcoolique. On donne aussi de l'eau de seltz glacée, et on fait appliquer des sinapismes sur le creux de l'estomac. De plus, M. Archambault, ayant remarqué que ces vomissements se produisaient presque toujours quelques instants après l'ingestion d'un aliment, fait souvent prendre une cuillerée d'une solution de trente centigrammes de bromure de potassium, dix minutes avant le moment où l'aliment doit être pris. De cette manière la tolérance de l'estomac se rétablit assez bien; mais il ne faut pas abuser du bromure, à cause de ses propriétés dépressives.

Les bains tièdes, quotidiens ou répétés plusieurs fois par jour dans les formes graves, sont extrêmement utiles ; M. Archambault les préfère aux bains froids, dont l'application ne lui a pas donné de bons résultats. Lorsqu'il veut employer l'eau froide, il prescrit soit des lotions, soit le maillot. Les lotions se font simplement avec une grosse éponge mouillée dans de l'eau additionnée de vinaigre, et sont répétées trois ou quatre fois par jour ; pour employer le maillot, on étend un drap mouillé sur une couverture, on enveloppe l'enfant dans le drap et la couverture, et on le laisse ainsi pendant vingt minutes environ ; passé ce temps, sa température augmenterait au lieu de s'abaisser.

Le sulfate de quinine est employé en même temps et est indiqué toutes les fois que la température est très élevée et surtout ne présente pas de rémission le matin, et aussi lorsqu'à la fin de la maladie se produisent de grandes oscillations dans la courbe thermométrique. On en donne 30 à 40 centigrammes chez un enfant de cinq ans, 50 centigrames et même plus à huit ans ; ce médicament est continué pendant cinq jours et est, du reste, toujours parfaitement bien supporté.

La congestion pulmonaire n'est pas une contre-

indication à l'emploi de l'eau froide, mais de plus il faut ajouter alors l'emploi des sinapismes répétés et surtout des ventouses sèches, et, s'ils sont indispensables, des vésicatoires. Mais il faut toujours se défier de ce moyen chez les enfants, et ne s'en servir qu'avec la plus extrême prudence.

Dans les cas où les phénomènes cérébraux deviennent graves, s'il y a du délire ou de l'agitation, il faut donner le musc à haute dose, 1 gramme dans les vingt-quatre heures. On peut donner aussi 1 à 5 centigrammes d'extrait thébaïque dans une potion que l'on peut administrer par cuillerées toutes les demi-heures ; enfin ont peut prescrire une solution de chloral titrée à 25 centigrammes par cuillerée à café, de manière à donner exactement la dose que l'on juge nécessaire. Dans la forme comateuse, on ne peut guère que contrinuer l'usage des toniqnes et donner le café en infusion.

On peut avoir à combattre encore quelques symptômes moins sérieux de la maladie ? le ballonnement du ventre, par exemple, qui peut devenir excessif. Dans ce cas, la craie préparée à la dose de 2 à 4 grammes dans une potion et les lavements préconisés par Chomel ;

Infusion de camomille..... }
Eau de chaux............. } parties égales.

donnent de très bons résultats. Mais il faut éviter alors l'emploi des purgatifs, car on ne ferait qu'augmenter cet accident. On doit veiller à une exquise propreté des malades, ce qui facilite beaucoup l'usage des bains quotidiens, et, si la chose est possible, faire donner à l'enfant deux lits, un pour la nuit et l'autre pour le jour. — P. L.-C.

(Journal de Méd. et de Chir. pratiques).

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES D'ÉTRENNES

(3e Article).

Le syphilis du cerveau, par Alfred FOURNIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Louis. — Leçons cliniques recueillies par E. Brissaud, interne des hôpitaux. Un vol. in-8° de 654 p. — Paris, G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain et rue de l'Eperon.

Voilà un livre d'autant plus indispensable au praticien que jusqu'à ces derniers temps, personne n'avait essayé de résumer clairement et simplement tout ce qui a trait aux affections syphilitiques du cerveau. Ces affections que naguère encore on croyait si rares et si indécises, qu'elles pouvaient tout au plus figurer comme un appendice à la description de la syphilis, ont été démontrées si nombreuses et si communes, qu'il y a un intérêt réel à les reconnaître de bonne heure, c'est-à-dire à une époque où le traitement peut encore amener la guérison ou l'amélioration. Le syphilis ne se comporte pas dans le cerveau autrement que dans les autres organes. Elle y produit des altérations que l'auteur réduit en dernière analyse, à la forme scléreuse et à la forme gommeuse, mais qui déterminent à leur tour des altérations communes dites de voisinage. Que par exemple une production spécifique oblitère un vaisseau, on verra se produire du ramollissement. Ce dernier sera une lésion commune mais déterminée par une lésion spécifique qui en a été la cause immédiate.

Les symptômes des affections syphilitiques du cerveau ne sont point différents de ceux que présentent les autres maladies de cet organe. Seulement il y a dans leur groupement, dans leur manière d'être, quelque chose de spécial et d'étrange qui doit faire tout de suite penser à la vérole. Aussi, ces affections sont-elles nombreuses ? L'auteur les réduit à six formes : *céphalalgique, congestive, convulsive* ou *épileptique, aphasique, mentale* et *paralytique*, qui peuvent du reste se combiner entre elles de façons si variables, qu'il serait extrêmement long de donner la description de toutes les formes mixtes auxquelles a été consacré un seul chapitre de l'ouvrage. Le traitement est exposé avec de nombreux détails qui font de ces *leçons cliniques* un livre essentiellement pratique. Il comprend deux espèces de moyens correspondant aux deux sortes de lésion : les agents antisyphilitiques, mercure et iodure de potassium pour combattre les altérations spécifiques ; la médication complémentaire, hydrothérapie, bromure de potassium, narcotique, hygiène, etc., pour s'opposer aux manifestations résultant des lésions communes.

On connaît la clarté et la limpidité avec laquelle M. Fournier sait exposer son sujet. On retrouvera ici comme dans ses publications antérieures, ces divisions lumineuses et cette forme aphoristique qui gravent si facilement et si profondément les choses dans l'esprit du lecteur. En voici deux exemples : « Toute hémiplégie qui survient chez un homme de moins de trente ans, non alcoolique et non affecté du cœur et des vaisseaux, est neuf fois sur dix, une hémiplégie syphilitique. » — « L'épilepsie qui débute dans les mêmes conditions après vingt-cinq ans, est presque toujours une épilepsie non essentielle, et la plupart du temps elle est de nature syphilitique. » Heureux le praticien qui sait reconnaître ces cas à une date assez rapprochée du début des accidents, car il possède dans la thérapeutique le moyen de les combattre presque toujours avec efficacité.

Dr A. B.

CHRONIQUE

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Société de Médecine de Paris, dans sa dernière séance, a procédé au renouvellement du bureau pour l'année 1880, ainsi qu'il suit :

On été nommés :
Président : M. Collineau;
Vice-Président : M. Charrier ;
Secrétaire-Général : M. de Beauvais;
Archiviste : M. Rougon ;
Trésorier : M. Perrin;
Secrétaires des séances : MM. Cyr et Lutaud ;
Membres du Conseil d'Administration : MM. Blondeau et Forget ;
Membres du Comité de Rédaction : MM. Jules Besnier, Boucheron, Duroziez et Reliquet.

*
* *

MÉDECINS ET CHIRURGIENS. — Il fut un temps où les médecins et les chirurgiens ont longtemps été en lutte ; ils se sont enfin réconciliés, dit le docteur Napias, dans une spirituelle causerie (*Tribune médicale*), parce que la raison finit toujours par avoir raison, et l'argument concluant sans réplique à la nécessité de leur alliance me paraît avoir été fourni par le chancelier d'Aguesseau. C'était au

temps de leurs grandes luttes ; M. de la Peyronie sollicitant la protection du chancelier en faveur des chirurgiens, lui disait : « Il faut élever entre la médecine et la chirurgie un mur de séparation qui empêche toute communication de l'une à l'autre ! » — « Fort bien, monsieur, dit d'Aguesseau, mais de quel côté du mur mettra-t-on le malade ? »

* * *

Mœurs des Néo-Calédoniens. — M. Foley a donné à la Société d'Authropologie (séance du 9 octobre) d'intéressants détails sur les mœurs des néo-calédoniens qu'il a longtemps observés :

Il y a des cases destinées aux hommes, d'autres aux femmes. La famille existe, mais il n'y a pas de foyer domestique. Le rapprochement de l'homme et de la femme se fait toujours dans les bois et à la façon des animaux. Le développement des lèvres pourrait bien être en rapport avec cette posture dans le coït.

La fraternité des armes est plus grande que la fraternité utérine, et la fraternité des armes est accompagnée, comme chez les Grecs et chez tant d'autres peuples de la pédérastie ;

Les sorcières, femmes très vieilles et flétries, qui fabriquent l'unique vase dont on se sert.

Enfin les coquettes, qui cherchent surtout à plaire aux chefs.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

AVIS

Par exception nous remplissons par des membres participants les quelques vides qui se sont produits depuis 6 mois dans les rangs des fondateurs du Concours *par suite de cessation d'exercice ou de décès.*

A cause du nombre restreint des numéros de notre collection, nous sommes dans l'obligation de prier nos adhérents de nous faire parvenir, en timbres-poste, 0 fr. 25 centimes par exemplaires réclamés.

Nous prions les membres fondateurs d'ajouter, à leur signature, leur numéro quand ils demandent réponse par la correspondance ; ils nous éviteront un travail assez long.

CORRESPONDANCE

— Dr A., à Ch. (Ch.), 3 décembre.

Oui, à votre recommandation. Il peut recevoir les numéros parus au prix indiqué ci-dessus.

— Dr M., à P.-St-V. (Meurthe-et-Moselle, 4 décembre.

Le Dr F., à votre recommandation, est inscrit comme participant. Il n'aura à envoyer que le prix des numéros parus.

— Dr D., à M. (Allier), 5 décembre.

Vous êtes fondateur, comme l'indique votre numéro par ordre alphabétique 289 inscrit sur la bande. — Nous avons surmonté les difficultés que vous signalez et sommes heureux de vos souhaits.

— Dr M., à G. (Ardennes), n. 694.

Nous adressons votre note au *Phénix* Vous recevrez réponse immédiate et serez satisfait amplement des réductions.

— Dr M., à H. (Var).

Merci de votre si bonne lettre; nous sommes heureux de vous trouver en conformité de sentiments avec vous et tâcherons de clore cet incident.

— Dr Ch.. à N. C. (Aisne), 3 décembre.

Vous avez la réponse à vos demandes dans le numéro 24. Le retard a été causé par la nécessité de recourir aux textes de la loi qui se rapportent à vos questions.

Vous voyez que nos reponses sont aussi brèves que possible.

— F., médecin à M. (Bouches-du-Rhône).

Vous proposez d'ouvrir des souscriptions pour les confrères malheureux et ne doutez pas que chacun se fasse un devoir de répondre à votre invitation et que le médecin, prodigue de ses soins envers les malheureux, soit encore plus large vis-à-vis de ses confrères. Vous oubliez que la majorité d'entre nous peut faire largesse de son temps et de ses peines, mais que c'est souvent la seule monnaie dont il puisse disposer *larga manu.* Comment d'ailleurs s'adresser aux 18,000 médecins de France, ainsi que vous le proposez. Il faudrait pour cela une décision unanime de la presse médicale et cette collecte, faite chaque année, devrait en outre être distribuée par les soins d'un comité aux plus nécessiteux.

Ne vous parait-il pas préférable, comme à nous, que le confrère que vous avez en vue, se fasse admettre au nombre des membres de l'association générale. Nous pourrions, s'il y avait absolue nécessité, prendre, sur le fonds commun, la somme nécessaire pour permettre son admisnion dans la société locale de sa région. Nous sommes prêts à ce genre de concours, quoique notre origine soit bien récente pour nous permettre de faire, dès ce moment, tout ce que nous nous proposons dans l'avenir. Des lors le confrère aura un droit absolu à l'assistance et pourra la réclamer sans que son amour-propre puisse être blessé.

— Dr S., à C.-St C., 9 décembre.

Nous sommes heureux de pouvoir vous affirmer que vos craintes ne sont pas fondées. Oui, certes, ils seront avec nous, comme vous avez bien voulu l'être vous-meme. Merci de vos souhaits ; venez nous voir, nous vous donnerons des renseignements satisfaisants.

— Dr V., à T. (Belgique), 9 décembre.

Nous n'aurions pas de raison d'être si nous ne suivions pas exactement la voie à laquelle vous applaudissez. Venant de vous et de votre pays, vos communications nous seraient précieuses.

— Dr B., à R. (Loire), 9 décembre.

« *Ne pourriez-vous faire pour les compagnies d'assurances contre les accidents, ce que vous avez fait pour les assurance-incendies et ce que vous vous proposez pour les assurance-vies. Cette sorte d'assurance est d'une extrême utilité pour nos confrères qui passent leur vie en voiture et surtout si on a le soin de stipuler dans le contrat que les accidents,* conséquences de l'exercice professionnel *tels que, piqûres anatomiques, etc... seront considérés comme accidents. J'étais assuré l'an passé et à la suite d'une piqûre anatomique, dont les suites ont été graves, j'ai pu toucher une indemnité très utile, car j'étais presque à mes débuts.* »

C'est certes là un point de vue digne d'intérêt. Nous savons seulement que, jusqu'ici, ces compagnies n'ont pas précisé suffisamment les divers cas qui peuvent se présenter, de manière à éviter les discussions de réglement d'indemnité qui se produisent trop souvent. Nous sommes à même d'étudier complètement la question.

Notre confrère ajoute : « *Ne pourriez-vous pas proposer à vos lecteurs d'éviter de prescrire les médicaments spéciaux qui font de la réclame dans les journaux politiques, etc....* »

En acceptant les produits de valeur incontestable que nous leurs soumettons, nos confrères savent ce qu'ils ont à faire pour d'autres.

— Dr S., à N. (Nievre), 11 décembre.

Vous nous faites la même proposition que le confrère précédent. Même réponse. Nous obtiendrons, soyez-en assuré, des reductions notables, par rapport à la prime réclamée du premier venu.

— Drs S. (Oise), M. (Ardennes), Ch. (Loire).

Vos polices, avec mention des réductions annuelles, vous ont été adressées. Veuillez les renvoyer à la signature de la Compagnie, avec le mandat-poste mentionné par la quittance affranchissement, 0 fr. 05 cent.— Vous recevrez votre police signée par retour du courrier.

— Dr L., à B. (Orne), 11 décembre.

Reçu votre communication. Nous en ferons notre profit et comptons pour l'avenir sur votre concours scientifique.

LE

CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

1re Année. — N° 26 27 décembre 1879.

BULLETIN DE LA SEMAINE.

—

L'Académie de Médecine a élu M. A. Fournier, dans la section de Pathologie médicale. Nous félicitons l'Académie de ce choix. M. Fournier a acquis une notorité incontestée dans la spécialite illustrée par son maître M. Ricord. Il a apporté dans l'exercice de cette spécialité d'éminentes qualités cliniques en même temps qu'une érudition aujourd'hui indispensables dans le professorat. M. Fournier appartient à la grande école clinique française. M. Fournier a définitivement fait accepter en France la théorie dont M. Ricord avait posé les bases. Durant son passage à l'hospice de Lourcine il avait réuni les éléments d'un musée pathologique du plus curieux et du plus instructifs. Son enseignement continué sans relâche chaque année a été réuni par lui ou ses élèves et publié au grand bénéfice du praticien.

— Nous avons l'habitude dans ce bulletin de signaler les faits importants de la semaine; nous sommes heureux d'annoncer l'apparition du premier volume d'un *Traité clinique de maladies de l'enfance*, dû à M. Cadet Gassicourt, médecin de l'hôpital Ste-Eugénie. Un de nos collaborateurs rend compte de cet ouvrage sur lequel nous aurons occasion de revenir.

CONFÉRENCE CLINIQUE DE M. CHARCOT

A LA SALPÊTRIÈRE (1)

IV

L'objet de cette quatrième conférence a été l'etude de la contraction spasmodique permanente, au point de vue physiologique et clinique. Nous ne nous astreindrons pas à suivre pas à pas le professeur Charcot, car si les digressions et la mise en scène dans laquelle il excelle, réussissent très bien quand il s'agit de parler devant un public désireux de voir, il n'en est plus de même quand il faut raconter méthodiquement les choses pour la plus grande commodité du lecteur.

On rencontre en clinique la contracture spasmodique dans plusieurs circonstances, parmi lesquelles il faut signaler les deux suivantes comme présentant un contraste frappant. Dans l'hémiplégie vulgaire, de cause cérébrale, due à des lésions en foyer (hémorrhagie ou ramolissement), on observe quelquefois la contracture spasmodique permanente. Dans l'hystérie, cette contracture se présente avec des phénomènes identiques, et cependant, à la nécropsie, on ne trouve aucune altération reconnaissable par nos moyens d'investigation. Il semble, jusqu'à preuve du contraire, qu'il n'y ait qu'une lésion fonctionnelle, une lésion dynamique. La contracture des hémiplégiques se produit spontanément; nous ne pouvons que rarement la faire naître; il faut donc l'étudier lorsquelle est survenue. Il en est tout autrement des hystériques, chez lesquelles nous pouvons faire naître la contracture, la faire disparaître à notre gré, ou la transporter de l'autre côté du corps, ce qui permet une mise en scène dont M. Charcot sait tirer tout le parti possible. En effet, l'hystérie met l'observateur dans les conditions expérimentales telles qu'on peut les trouver dans un laboratoire de physiologie.

Ainsi, la contracture spasmodique permanente due à des lésions organiques de cause cérébrale et celle due aux lésions fonctionnelles ou dynamiques de l'hystérie présentent des phénomènes identiques et reconnaissent la même loi physiologique. En effet, la contracture est un phénomène analogue à la contraction musculaire. C'est cette dernière prolongée.

La démonstration de cette proposition compte deux ordres de preuves.

Première preuve.—Quand un muscle se contracte, il devient le siége de diverses modifications qui se traduisent par une élévation de température. Si la contracture est de même ordre que la contraction, on doit constater cette élévation de température dans les muscles contracturés. C'est là un fait connu depuis longtemps et très facile à constater, grâce aux aiguilles thermo-électriques de Becquerel.

Expérimentalement, cette constatation se fait très bien chez les malades atteints d'hystéro-épilepsie ou grande hystérie, et en même temps hypnotisables. Sous nos yeux, le professeur fait tomber une de ces malades dans l'état d'hypnotisme en la regardant fixement. Au moyen de frictions un peu fortes, on contracture l'un des membres supérieurs et on enfonce les aiguilles thermo-électriques. Aussitôt l'aiguille du galvanomètre se dévie, indiquant que la température est plus élevée dans le membre contracturé. Cette expérience est faite de façon à rendre le mouvement de l'aiguille visible pour tout l'auditoire. Elle serait douloureuse chez d'autres malades, mais elle ne présente aucun inconvénient chez les hypnotisées, qui sont à la fois inconscientes et insensibles. L'expérience terminée, on réveille la

(1) Voy. le *Concours médical*, n° 22, 29 novembre; n° 24, ... décembre; n° 25, 20 décembre 1879.

malade qui n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé et ne ressent à l'endroit des piqûres qu'une démangeaison très supportable.

La contracture des hémiplégiques est la même que celle des hystériques, à part la différence des lésions.

Un malade est frappé d'une attaque apoplectique due à ce que, dans les régions motrices de son cerveau, il s'est produit un foyer de ramollissement ou une hémorrhagie. Le malade vivra-t-il ou va-t-il mourir ? Telle est la première question que l'on se pose. Au bout d'un certain temps, on est sûr que le malade vivra, car il ne se produit point d'eschares à la région sacrée et la température ne s'élève pas.

Huit, quinze jours après, on ne constate ni aphâsie, ni troubles intellectuels, mais les membres sont en état de flaccidité. Le malade pourra-t-il se servir de ses membres ? Telle est la seconde question.

Si vous connaissez bien l'histoire de ces affections, vous commencerez par explorer les réflexes tendineux du côté malade et vous les comparerez à ceux du côté sain. S'il y a exagération, c'est un mauvais signe, car c'est là le prodrome de la contracture. En effet, vers le quinzième jour, les réflexes tendineux s'exaltent souvent et l'on voit survenir, un ou deux mois aprés, la contracture qui met le membre supérieur dans la flexion, la main dans la pronation et le membre inférieur dans l'extension et l'équinisme. Cet état va demeurer en permanence jusqu'à la mort du sujet, car il est bien rare et bien difficile qu'on puisse obtenir une amélioration. Il y a donc un intérêt réel à reconnaître d'avance ce phénoméne de la contracture, si différent de ce qui se passe dans la physiologie normale, où on ne connaît pas de contracture permanente.

Il faut aussi ajouter que, dans l'hémiplégie permanente, la contracture est la règle, et si elle paraît manquer, elle existe au moins en puissance, comme le démontre l'exaltation des réflexes tendineux.

Il y a aussi un moyen de distinguer la contracture permanente de la contracture paralytique. C'est que, dans la première, la lésion atteint également les muscles antagonistes. On peut le constater sur la petite malade que le professeur montre à son auditoire. Elle a été atteinte, pendant son enfance, d'une sclérose qui s'est traduite depuis par une hémiplégie semblable à celles provoquées par une hémorrhagie. On éprouve de la difficulté à étendre le membre supérieur comme à le fléchir. Biceps et triceps brachial sont atteints, car il y a contracture simultanée des membres antagonistes, comme le démontre, de son côté, l'observation thermométrique. Il y a là une synergie pathologique qui existe un peu aussi à l'état normal. Voilà un caractère important de la contracture permanente spasmodique.

Deuxième preuve. — Pendant la contraction musculaire volontaire, le muscle rend un bruit ou plutôt un son que l'on peut entendre avec le stéthoscope, mais qu'on observe mieux en interposant un téléphono et un microphone dans le circuit électrique du myographe dont il a été question dans la précédente conférence. D'après les observateurs (Colombi et autres dont nous avons mal entendu les noms), ce son musculaire correspond à trente ou trente-deux vibrations par seconde. On a aussi observé qu'il faut ce même nombre de vibrations par seconde pour amener un muscle à l'état de tétanos physiologique.

Si la contracture permanente est une contraction pathologique, on doit observer avec l'instrument dont il vient d'être parlé, le son musculaire. C'est en effet ce qui a lieu, avec cette différence que le son musculaire normal est continu, non interrompu et assez semblable au roulement lointain d'une voiture, tandis que le son musculaire produit par la contracture permanente est plus faible, interrompu de temps en temps et assez comparable au bruit que fait le manipulateur du télégraphe Morse pendant son fonctionnement. A l'aide de ce même appareil, on observe que, dans la contracture spasmodique permanente, le son musculaire existe aussi dans les muscles antagonistes, ce qui prouve encore qu'ils sont également atteints.

Mais comment un muscle peut-il se contracter d'une façon permanente, tandis qu'à l'état normal on ne peut garder le bras étendu plus de dix-neuf minutes, ni rester appuyé sur la pointe des pieds plus de trente-deux minutes. Si vous croyez quelquefois avoir affaire à une contracture simulée, répétez ces expériences, et vous reconnaîtrez facilement la fraude chez ceux qui ne pourront dépasser ces limites. Or, à l'état pathologique, on voit des malades garder leur attitude pendant deux ou trois ans et même plus.

On sait qu'à l'état physiologique, la fatigue survient, et que cette fatigue résulte de modifications profondes qui se passent dans l'intérieur du muscle. On sait encore que dans un muscle fatigué, le suc musculaire est acide, tandis qu'on le trouve alcalin quand il est à l'état de repos. Un muscle fatigué ne peut plus se contracter ; il ne répond plus aux excitants. Si on les continue, la rigidité cadavérique ne tarde pas à se montrer, c'est-à-dire que le muscle est mort.

En pathologie, c'est bien différent, puisqu'on voit la contracture de certains hémiplégiques durer sept ou huit ans sans qu'il survienne de fatigue musculaire. N'y a-t-il donc pas un phénomène physiologique normal auquel on puisse comparer la contracture permanente ?

Il y en a certainement un, c'est le *tonus* ou tonicité musculaire qui existe même dans les muscles à l'état de repos apparent ; il est très manifeste dans les sphincters. Un muscle non paralysé, non séparé des centres nerveux, est à l'état de *tonus* et on le prouve à l'aide des instruments téléphoniques, comme l'a fait M. Darsonval qui publiera bientôt son travail. En effet, si on ausculte un muscle en repos, on entend

le bruit musculaire affaibli, si on sépare le muscle des centres nerveux, le bruit musculaire n'existe plus. On le démontre encore par l'expérience suivante due à Claude Bernard. Il a constaté, en effet, qu'il y a des modifications chimiques différentes dans le muscle à l'état de repos et dans le muscle séparé des centres nerveux. Dans le premier cas, le sang qui entre et celui qui sort n'ont plus la même composition chimique et on a la preuve qu'il y a eu consommation d'oxygène. Dans le second cas, le sang qui entre et celui qui sort diffèrent très peu ou pas du tout.

Il résulte de ces expériences que la tonicité musculaire dépend des centres nerveux, elle en est comme l'action immanente et réflexe. Elle a besoin pour se manifester que l'arc diastaltique ou réflexe soit entier. Si l'on sectionne la moelle ou le nerf, elle disparaît. On peut donc avancer que la contracture est le tonus exagéré, devenu pathologique, et on voit que les causes dépendent des centres nerveux, et non de la périphérie, c'est-à-dire du muscle.

Chez les hémiplégiques atteints de contracture, nous ne pouvons prouver l'intégrité de l'arc réflexe que par des moyens indirects, mais ils sont suffisants. En effet, avant la contracture le malade présente l'exaltation des réflexes tendineux qui est comme le chemin de la contracture et qui se fait par l'intermédiaire des centres nerveux. En second lieu on sait que la strychnine agit sur la substance grise de la moelle épinière. Or, si l'on donne de la strychnine à une hémiplégique qui n'a pas encore de contracture mais qui présente l'exaltation des réflexes, on pourra la faire naître chez elle, car ce médicament agira sur la moelle épinière, excitera les cellules motrices, augmentera les réflexes et produira des secousses dans le membre paralysé avant qu'elles n'apparaissent du côté sain. Si on persiste dans l'usage de cette substance, on aura bientôt la contracture permanente.

On peut encore déterminer la contracture par un autre procédé. Si malgré l'avis de Duchenne de Boulogne on faradise les hémiplégiques, si surtout on fait la faradisation brutale, il y aura également excitation des centres nerveux et conséquemment production d'une contracture qui pourra être indélébile. Cela est tellement vrai que, d'après Duchenne de Boulogne, si on met les cylindres d'un appareil d'induction entre les mains d'un hémiplégique, la contracture peut survenir si rapidement que le malade ne peut plus lâcher les cylindres et qu'il reste contracturé, même après l'interruption du courant.

Enfin, il existe une preuve anatomo-pathologique bien convaincante. Quand chez une malade contracturée depuis deux, trois ans ou plus, on voit la contracture permanente cesser spontanément, c'est par atrophie, car tant qu'il y a contracture le muscle se nourrit. Or, toutes les fois qu'on fait attentivement la nécropsie d'un sujet atteint de contracture, on trouve intactes et bien conservées les cellules motrices nerveuses du côté paralysé. Elles sont en effet nécessaire pour conserver l'intégrité de l'arc diastoltique. Mais quand on examine la moelle d'un sujet ayant succombé à l'atrophie consécutive à la contracture, on trouve que ces cellules motrices sont détruites et qu'il y a atrophie du nerf moteur. Ces faits prouvent que l'existence de ces cellules nerveuses motrices est nécessaire à la production de la contracture.

Il est bon de faire remarquer les déductions thérapeutiques qui découlent naturellement des considérations précédentes. La première, c'est qu'il ne faut pas administrer la strychnine aux malades prédisposés à la contracture. La seconde, c'est qu'il ne faut pas faradiser brutalement ces mêmes malades. L'électricité peut leur rendre des services, mais c'est une électricité *spéciale* sur laquelle M. Charcot aurait bien pu donner quelques renseignements, au moyen d'une de ces petites digressions dont il émaille si agréablement ses conférences.

Le traumatisme est encore un autre agent d'excitation pouvant amener la contracture. Il existe à l'infirmerie de la Salpêtrière une hémiplégique qui fut longtemps assez heureuse pour pouvoir se promener et même sortir sans éprouver le besoin de s'appuyer sur une canne. Ses membres étaient flasques et sa progression semblable à celle des hémiplégiques. Un jour elle tombe sur la cuisse, et on l'apporte à la salle de chirurgie où l'on constate que le membre supérieur et l'inférieur sont tous deux atteints de contracture dans la flexion.

Voici l'explication de ce fait. Par suite de la chute, les nerfs cutanés excités, et les muscles froissés ont transmis au centre spinal une excitabilité plus grande, et comme il existait déjà de l'excitabilité, il s'est produit de la contracture, comme nous la voyons survenir expérimentalement chez les hystériques, dans les conditions à peu près analogues.

Cette malade s'est améliorée dans le service de chirurgie, grâce aux soins de M. Terrier qui a rédigé, sur ce cas, un mémoire spécial.

Le professeur entre alors au sujet de l'hystérie dans diverses considérations dont quelques-unes ont trouvé place au début de cette conférence. Il montre que chez les hystéro-épileptiques, hypnotisables et atteintes d'ovarie, on peut amener la contracture par des excitations mécaniques répétées, telles que celles qu'on obtient au moyen d'un diapason en vibration. Chez l'individu sain, cette expérience produit une certaine trépidation qui n'est point la contracture. Du reste, il n'y a rien dans l'hystérie qu'on ne retrouve chez les autres malades.

Cette contracture ainsi produite, est soumise à la loi du transfert que la métalloscopie a trouvée en ne la cherchant pas. Pour le démontrer, on place u aimant à un centimètre de l'avant-bras droit d'un malade dont on a contracturé l'avant-bras gauche,

et au bout de quelques instants, grâce à cette substance en apparence inerte, la contracture a disparu à gauche, mais elle existe à droite. Pour la faire disparaître, il suffit de plonger la malade dans l'hypnotisme, de frotter les muscles antagonistes et de la réveiller.

Voici encore une expérience très intéressante faite sur une autre hystérique. On applique sur le membre supérieur droit, la bande d'Esmarch qui amène l'anémie, ce qui empêche la contracture de se produire. Au moment où l'ischémie est bien évidente, on plonge la malade dans l'hypnotisme et on malaxe le membre sans qu'il puisse se produire de contracture, ce qui arriverait certainement sans la bande. Mais cette excitation qui ne peut se dépenser, va s'emmagasiner dans les cellules motrices de la moelle, jusqu'au moment où elle pourra produire son effet. Si alors on réveille la malade et qu'on enlève la bande d'Esmarch, on voit le sang revenir dans le bras, qui se contracture aussitôt après avoir repris sa couleur rouge. L'excitabilité nerveuse emmagasinée s'est dépensée en produisant la contracture. Celle-ci est, comme toutes les autres, sujette au phénomène du transfert. On peut l'obtenir, comme tout à l'heure, au moyen de l'aimant. A ce propos, M. Charcot fait remarquer que l'aimant a été employé contre les névralgies par les médecins du XVIII° siècle et notamment par un italien appelé Maggiorani père.

Quant aux moyens de faire sortir les malades de leur état hypnotique, ils sont nombreux. Le plus infaillible consiste à presser fortement la région ovarienne du côté où existe l'*ovarie*. *Il* suffit aussi quelquefois de souffler sur les yeux.

Comme les conférences précédentes, celle-ci s'est terminée par de nombreuses projections sur lesquelles le professeur donne des notions intéressantes, qu'il est impossible de rappeler ici en l'absence des figures nécessaires à leur intelligence.

REVUES GÉNÉRALES

I

DES LAVEMENTS ALIMENTAIRES

L'attention des médecins a été appelée récemment sur la question des lavements alimentaires à propos d'une discussion soulevée à la Société thérapeutique, et M. le Dr F. Michel a exposé l'état actuel de la question dans un travail plein d'érudition inséré dans la *Gazette hebdomadaire* (n° 43 et 44, 1879).

Il est des cas où l'intolérance gastrique est telle par exemple dans le corcinome stomacal, qu'il faut pour soutenir la vie du malade avoir recours aux lavements alimentaires ; or, un médecin allemand, Max Marckwald, arrive à cette conclusion que sauf les lavements peptonisés qui ne peuvent pas suffire à la nutrition, les lavements alimentaires sont *une erreur thérapeutique*. Si les lavements alimentaires sont inutiles pour soutenir les forces du malade, il faut ajouter qu'ils peuvent causer des accidents sérieux du côté du rectum tels que : abcès, ulcérations douloureuses, etc.

Il est donc nécessaire en présence d'opinions très-contradictoires de chercher à se faire une opinion sur une question.

L'emploi des lavements nutritifs est fort ancien, et ce n'est que dans ces derniers temps que des expériences ont été faites pour en connaître la valeur réelle.

Tout d'abord faisons observer que l'intestin à partir de la valvule iléo-cæcale ne présente plus ni valvules, ni villosités, c'est-à-dire d'organe propre à l'absorption. On trouve seulement quelques glandes de Luberkuhn qui ne sont que des glandes en tubes et des follicules clos.

Au point de vue anatomique nous pouvons donc difficilement admettre l'absorption du lavement alimentaire.

Au point de vue expérimental, nous voyons que pour Albertoni, de Pavie, Garland de Boston, et Markwald d'Heidelberg, les fonctions digestives du gros intestin n'ont qu'une importance des plus secondaires et en conséquence que les lavements seraient absolument incapables d'entretenir la vie. — D'autre part Leube, Flint, Frechter (de Bâle), et surtout Smith soutiennent que le sang défibriné injecté dans le rectum est plus nutritif que celui qu'on ingère par l'estomac parce qu'il est plus facilement assimilé. Or, des expériences faites par Albertoni sur une femme affectée d'anus contre nature situé à la partie supérieure du côlon ascendant, il résulte que les œufs, l'albumine acite, la viande, introduite par l'ouverture de l'anus contre nature ne sont pas modifiées, même après un séjour prolongé; que les substances albuminoïdes, solides ou liquides ne subissent aucune modification digestive; que les peptones seules sont absorbés en petite quantité, et qu'enfin le sucre cristallisable est transformé en glycose peut être ensuite en acide lactique et butyrique.

Les expériences de Max Marckwald, de Czerny et Lutschenberger faites dans des conditions semblables à celle d'Albertoni, c'est-à-dire dans des cas d'anus contre nature, viennent confirmer les résultats obtenus par ce dernier. Pour eux, l'intestin de l'homme et les liquides qu'il secrète n'ont aucune valeur digestive, ni sur l'albumine coagulée, si sur l'albumine solide, ni sur la graisse. MM. Carville et Bochefontaine avaient déjà antérieurement fait l'expérience suivante pour résoudre la question qui nous occupe : ils ont pris deux chiens qu'ils ont soumis à une abstinence rigoureuse ; ils ne donnaient à l'un que de l'eau et à l'autre que deux lavements de bouillon de 500 grammes par jour ; les chiens sont morts presque en même temps. Les expérimentateurs en concluaient que 1° les lavements de bouillon sont insuffisants pour prolonger la vie; 2° que le gros intestin n'absorbe pas. A l'autopsie des deux chiens on trouvait des lésions cocutiques « parmi lesquelles sont à signaler les ecchymoses pointillées avec ulcérations millaires de la muqueuse stomacale, telles que M. Parrot les a signalées chez les nourrissons morts par insuffisance de nourriture. »

La nature du liquide a été beaucoup variée. On

proposé le lait, le bouillon, le vin, la pepsine, le sang défibriné, etc. Leube a conseillé l'infusion du pancréas de cochon. Cette méthode est selon M. Dujardin-Beaumetz bien supérieure aux précédentes.

M. Dujardin Beaumetz *(leçons de clinique thérapeutique*, t. II), a songé à utiliser les vomissements des malades et après avoir fait peptoniser par l'estomac de la viande et des matière albumineuse, il a introduit ces substances dans le rectum.

Voici cependant la conclusion de M. Dujardin-Beaumetz : « Malgré les nombreuses affirmations contenues dans les différents recueils, sur la valeur nutritive de ces lavements, quelque perfectionnés que vous les supposiez, je doute beaucoup de leur valeur réelle. Si le gros intestin est apte à absorber quelques substances et en particulier certains médicaments, je ne le crois nullement fait pour absorber des peptones, dont l'absorption est limitée au petit intestin et cesse au gros intestin. » En supposant même dit M. Joseph Michel que le gros intestin puisse absorber une minime quantité de peptone et de féculent, comment espérer qu'en injectant 200 ou même 500 grammes de substances alimentaires liquides, il puisse en être absorbé une quantité suffisante pour l'entretien de la vie ?

M. J. Michel rappelle encore que parmi les substances employées jusqu'alors le bouillon ne pouvait nullement servir à la nutrition. Il est démontré, en effet, aujourd'hui depuis les expériences de Schift que le bouillon ne nourrit pas, même introduit dans l'estomac, il provoque uniquement la sécrétion ou suc gastrique, c'est en un mot un *condiment* et non un aliment. C'est même à ce point de vue que nous trouvons l'expérience de MM. Carville et Rochefontaine fort peut concluante au point de vue qui nous occupe.

Un inconvénient des lavements alimentaires est certainement l'irritation vive de la muqueuse intestinale qu'ils provoquent; le malade est pris de diarrhée, de coliques et ne peut garder le lavement administré. « J'ai vu ce fait se produire, dit M. Dujardin-Beaumetz, chaque fois que j'ai voulu me servir de la voie rectale pour nourrir et soutenir les malades. »

Ainsi donc, d'après ces différents auteurs, il y a absorption presque nulle des substances même peptonisées, et d'autre part, il est impossible de prolonger longtemps leur emploi.

On pourrait objecter cependant que dans beaucoup de cas la vie des malades a été prolongée par l'emploi des lavements nutritifs. M. Michel répond à cette objection par les considérations suivantes : il voudrait d'abord expérimenter en pesant chaque jour les malades et en examinant la proportion de l'urée de l'acide phosphorique et des chlorures.

D'autre part, il fait observer que dans beaucoup de cas on voit l'organisme rester pendant des semaines, des mois même, à l'*état de maladie*, dans l'état d'inanition, sans que pour cela les malades perdent une proportion très sensible de leur poids, proportion tout à fait en dehors de la durée de l'abstinence.

C'est à tort que, dans l'hystérie, on s'est appuyé sur les cas de prolongation de la vie chez des hystériques qui, vomissant absolument tous les aliments solides ou liquides, étaient soumises au régime des lavements nutritifs. Les observations de ce genre sont nombreuses ; on peut même dire que ce sont les seules qui puissent être apportées à l'actif de la nutrition par les lavements; mais selon nous elles ne prouvent rien : les malades ont vécu pendant un laps de temps qui paraît invraisemblable, mais sans lavement nutritif, les phénomènes eussent été les mêmes, jusqu'au jour où la malade, reprenant son alimentation ordinaire, serait rentrée dans les conditions physiologiques habituelles. C'est ce que démontre la clinique d'une part, et d'autre part les analyses chimiques des matières excrémentitielles. Ces malades ne désassimilent pas ; elles vomissent parce que l'assimilation ne se fait pas comme l'a déclaré C. Bouchard dans ses *Cliniques de la Charité*, et Lempereur dans son excellente thèse sur les *Vomissements dans l'hystérie* (1876). Les substances alimentaires ingérées sont de véritables substances étrangères que l'estomac rejette aussitôt : elles n'ont donc pas besoin des lavements alimentaires, ainsi que nous en donnerons plus loin des exemples. »

Briquet cite des malades qui restent pendant des semaines, et même des mois sans ingérer la moindre substance alimentaire.

C'est pourquoi M. J. Michel rejette tout d'abord les observations publiées par divers auteurs pour prouver la valeur nutritive des lavements alimentaires parce que ces faits concernent des hystériques. Lempereur rapporte, dans sa thèse, l'histoire d'une malade du service de M. Bouchard qui a pu rester trois mois sans absorber la plus légère quantité de nourriture. Elle n'a perdu que deux livres de son poids. Si donc, dit très bien M. Michel, l'assimilation était suspendue, la désassimilation était presque nulle.

En résumé, selon M. le Dr Michel, si par l'expérimentation on pouvait nourrir un animal par des aliments injectés dans le rectum au moyen d'un anus contre nature pratiqué au niveau de la valvule iléo-cœcale, il faudrait se rendre à l'évidence ; mais la clinique, ainsi que le prouvent les faits de Marckwald et autres observateurs signalés plus haut, démontre à son tour que la nutrition complète ne peut se faire par le rectum. Le malade ou l'animal soumis à ce régime parcourent à peu près la même série de symptômes, avec la même rapidité que ceux auxquels on ne donne rien : si les lavements nourrissaient, au contraire, indépendamment de la prolongation de la vie, prolongation difficile à déterminer et à attribuer à une méthode ou à une autre, parce que l'*état de maladie* met le malade en dehors des lois physiologiquss, on devrait constater l'augmentation du poids du sujet, l'élévation de la température et l'augmentation de la quantité d'urée, de l'acide phosphorique et surtout des chlorures, dont les proportions varient selon la quantité des aliments absorbés.

M. Joseph Michel ne rejette pas cependant absolument les lavements alimentaires :

« Nous pouvons dire que certainement les lavements alimentaires de lait, de bouillon, d'œuf et de sang défibriné peuvent, dans certains cas, rendre des services réels, qu'il serait injuste de les repousser d'une façon absolue ; nous pensons au contraire qu'ils sont utiles, non pas en nourrissant le malade, mais en le soulageant, en diminuant la sensation vague

et douloureuse d'angoisse qu'il éprouve, et cela à cause de l'absorption de l'eau, des sels qu'ils contiennent, et d'une certaine quantité de peptone assimilée ainsi que nous l'avons dit plus haut. »

Nous admettons en grande partie les conclusions de M. Joseph Michel qui sont celles d'ailleurs de M. Dujardin-Beaumetz. Il est certain que les observations recueillies chez les hystériques sont sans valeur. — Il est certain que les lavements de bouillon sont un non sens thérapeutique, mais ne prouvent absolument rien dans la question. Il est prouvé expérimentalement que le gros intestin ne digère pas, en conséquence que les expériences qui avaient pour but de faire pénétrer par un anus contre nature des substances alimentaires dans une portion d'intestin non appropriée à cet objet, ont un résultat que la texture anatomique pouvait faire prévoir.

Cependant il est certain que le gros intestin absorbe des médicaments. Ne peut-on concevoir l'espérance de lui faire absorber certaines substances douées d'un pouvoir nutritif? C'est ce que le Dr Andrew Smith avait pensé obtenir en proposant l'emploi du sang défibriné. Une substance comme le lait, aliment excellent, complet, a besoin pour être assimilée, c'est-à-dire pour être utilisée pour l'alimentation de passer par des transformations qui ont pour siége la partie supérieure de tube digestif; une substance comme le bouillon peut même absorbée par l'estomac causer la mort de l'animal qui y serait exclusivement soumis ; mais le sang défibriné paraît, au contraire, réaliser des conditions toutes spéciales. C'est un liquide contenant tous les produits assimilables et assimilés par le travail de la digestion, liquide tout préparé à se prêter aux conditions de la nutrition, aux combustions interstitielles, le sang est le liquide éminemment indiqué pour les lavements alimentaires. La méthode du Dr Andrew Smith n'a pas été expérimentée en Europe et nous croyons que les conclusions de M. Joseph Michel, très applicables aux lavements de bouillon, de lait, de vin, etc. ne sont peut-être pas entièrement justes pour les lavements du sang défibrininé.

Le travail du Dr Andrew Smith a été soumis à la Société thérapeutique de New-York et a été l'objet d'un rapport basé sur 63 cas.

Ces 63 cas peuvent se résumer comme suit :

38 phthisiques. Chez 8 la médication n'opère pas, 10 n'en profitent que peu, 20 en éprouvent une amélioration, les uns légère, les autres décidée.

1 cas de diarrhée de phthisique qui ne s'améliora pas.

9 cas d'anémie, 8 cas d'amélioration ou de guérison, 1 insuccès.

5 cas de dyspepsie. Tous s'améliorent, quelques-uns d'une manière remarquable.

1 cas d'asthme dyspeptique complétement soulagé par cette médication.

4 cas d'affaiblissement de causes diverses, autant de succès.

3 cas de névralgie, 1 insuccès, 2 améliorations.

2 cas d'ulcère de l'estomac : un mort à la suite d'hémorrhagie, l'autre guérit quoique la médication fut employée alors que le malade était presque moribond.

Voici maintenant les conclusions qu'en tire la commission établie :

1· Le sang défibriné est excellent pour l'alimentation rectale.

2· A la dose de deux à six onces, il est ordinairement sans inconvénients par le rectum, et souvent il est si complétement absorbé qu'on en découvre que très peu de traces dans les fèces.

3· Administré de cette manière une ou deux fois par jour, il occasionne, dans le tiers des cas environ, un peu de constipation au début.

4o Chez quelques-uns, la constipation persiste et s'accroît même d'autant plus que les lavements sont plus longtemps continués.

5o Parfois l'irritation intestinale suit l'usage prolongé des lavements de sang défibriné

6o C'est là un adjuvant des plus utiles aux fonctions digestives toutes les fois que l'estomac et l'intestin grêle sont incapables de suffire à la nutrition complète de l'organisme.

7o Son usage est indiqué dans tous les cas (sauf les maladies du gros intestin) réclamant une action tonique qu'on ne peut obtenir par l'usage des médicaments par les voies ordinaires.

8o Dans les cas favorables, ce moyen est capable de donner une impulsion à la nutrition qui est rarement, sinon jamais, provoquée par l'emploi d'autres remèdes.

9o Son emploi est tout à fait sans dangers.

C'est en présence de ces conclusions que nous estimons que les lavements nutritifs de sang défibriné peuvent peut-être, présenter quelque avantage dans la thérapeutique des maladies des voies digestives, notamment dans le carcinome stomacal. C'est une question qui mérite de nouvelles expériences et de nouvelles observations.

Dr P.

II

QUELQUES CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA SYPHILIS

—

(Suite).

Terminaison des chancres. — La durée d'un chancre est relativement fort courte, le traitement local en vient facilement à bout. Nous dirions même que sans pansement le chancre se cicatrise tout seul; combien voit-on en effet de malades chez lesquels le chancre a passé inaperçu, et qui ne viennent réclamer les soins que lorsqu'ils sont en puissance d'accidents secondaires et même tertiaires ?

Au bout de quelques jours de traitement local, dix à douze jours environ, le chancre entre dans sa période de cicatrisation qui se manifeste d'abord par une diminution, puis par une cessation complète de la sécrétion séreuse. Quelques petits bourgeons charnus commencent à se montrer, puis on remarque une desquammation épithéliale furfuracée allant de la périphérie au centre. En même temps la coloration rouge cuivreux du chancre passe à une teinte moins foncée, la desquammation occupe bientôt toute la surface du chancre. La guérison est complète.

Une fois le chancre tout à fait cicatrisé, on constate toujours, pendant un certain temps, une coloration différente, à la place où était l'accident primitif, suivant qu'il siégeait sur la muqueuse ou sur la peau des parties génitales.

Sur le gland ou sur le reflet balano-préputial, la coloration rosée du chancre tranche sur la muqueuse. De plus l'accident primitif présente encore cette surface luisante qu'il avait dans sa période d'état, et qu'on peut facilement apprécier au toucher, car en y passant la pulpe du doigt on a la sensation que l'on éprouve en passant légèrement sur l'ongle.

En outre, si le chancre siégeait au niveau du reflet balano-préputial, ou sur la muqueuse préputiale elle-même, on remarque, en faisant décalotter, que l'endroit où était le chancre, au lieu de se déplisser graduellement, se retourne d'une seule pièce, absolument de la même façon que se produit la luxation du cartilage tarse de la paupière supérieure. Ce signe seul suffit à établir le diagnostic rétrospectif du chancre.

Sur la peau du prépuce ou du fourreau de la verge, le chancre cicatrisé offre toujours une coloration rosée très appréciable, présentant cette desquammation épithéliale qui annonce la période de cicatrisation, mais la surface n'offre pas cet aspect luisant que l'on observe sur les chancres de la muqueuse glando-préputiale.

L'induration persiste encore pendant quelque temps après la guérison. M. Puche en a noté deux ou trois où elle se montrait encore après quinze ans.

L'adénopathie diminue à son tour, et au bout de quelques mois tout a disparu, sans laisser la moindre trace.

COMPLICATIONS DES CHANCRES

Phimosis et balano-posthite. — Les chancres infectants dans l'immense majorité des cas, sont accessibles à la vue, le diagnostic est facile à faire; cependant il n'en est pas toujours ainsi et souvent les chancres peuvent passer inaperçus par suite de la complication qu'ils causent dans leur évolution nous voulons parler du *phimosis* et de la *balano-posthite* occasionnés par les chancres du gland ou du prépuce ou du gland et du prépuce.

Par elle-même cette complication n'est pas grave en temps qu'accident local, mais elle est grave en ce sens qu'elle peut dissimuler complètement les chancres, et par ce fait, empêche d'instituer le traitement anti-syphilitique. Or nous l'avons dit, nous le répétons encore, dans la syphilis le traitement mercuriel est tout.

Cette complication que nous étudions, aujourd'hui a été mentionnée par tous les auteurs qui se sont occupés de syphilis, Astruc, Lagneau, Delpech (de Montpellier) l'ont mentionnée; mais elle n'a été bien décrite qu'en 1864 par M. Aimé Martin, puis en 1875, par M. Ch. Mauriac qui en a fait l'objet de leçons cliniques à l'hôpital du Midi.

Ceci dit entrons dans le sujet :

Quand un malade vient se plaindre que depuis quelques jours, que depuis quelques heures même, il lui est impossible de pouvoir décalotter, sans qu'i éprouve de douleur, il y a de grandes chances pour que ce phimosis soit occasionné par des chancres infectants, ou par des plaques muqueuses ou par des chancres simples. Laissons ces derniers de côté et ne nous occupons que des chancres ou des plaques.

Si on examine la verge atteinte de phimosis causé par les accidents de la syphilis, on remarque d'abord la forme particulière qu'elle présente, elle a l'aspect d'*une massue*, d'un *battant de cloche*. La peau du prépuce est le siége d'un changement de coloration; elle est rouge sombre, quelquefois couleur lie de vin.

Si on palpe la partie inférieure du pénis, on constate une infiltration œdèmateuse, dont la dureté n'est pas à comparer avec l'œdème ordinaire. Dans le cas qui nous occupe la pression de la pulpe des doigts laisse à peine de traces, ne cause pas de douleur, et fait sortir par l'orifice préputial une sérosité claire ou légèrement roussâtre peu abondante. Ceci doit déjà éveiller l'idée que l'on a affaire au chancre sous-préputial.

Continuant alors l'exploration par le palper et par la pression, tantôt latéralement, tantôt de haut en bas, on découvre bientôt un point dont l'induration est beaucoup plus accusée que l'œdème du prépuce ; les limites en sont nettes, et la pression provoque une légère douleur ; c'est le chancre. Bien entendu on peut en rencontrer plusieurs. Souvent il part du chancre un cordon de lymphite indurée trés-appréciable que l'on peut suivre jusqu'à l'arcade pubienne.

Si les chancres siégent sur la muqueuse préputiale, on sent en palpant isolément le prépuce une induration parcheminée ou un noyau induré piriforme, suivant le caractère de l'induration, et qui semble logé dans l'épaisseur du prépuce, on a dans ce cas affaire à un chancre de la muqueuse préputiale.

Ces chancres sous-préputiaux sont par eux-mêmes indolores, mais s'ils sont situés sur le méat, ou sur le limbe du prépuce, les premières gouttes d'urine provoquent une cuisson légère qui cesse rapidement, et c'est quelquefois le seul symptôme dont se plaignent les malades et qui attire réellement leur attention.

Pathogénie. — Le phimosis est produit par la lymphite en nappe du réseau lymphatique du prépuce. Cette lymphite communique d'abord au prépuce cette rigidité, cette induration qui enlèvent au prépuce toute souplesse, qui s'opposent au déplissement de l'organe, et le transforment quelquefois en une coque fibreuse recouvrant le gland.

Bientôt par suite de cette lymphite, il y a une gêne circulatoire promptement suivie d'une infiltration de sérosité mélangée à la sécrétion des chancres et qui s'épanchant dans le tissu cellulaire, produit cet œdème dur qui s'augmente de plus en plus. L'épaisseur du prépuce s'accroît alors aux dépens de son orifice dont les bords indurés, tantôt accolés l'un à l'autre, tantôt irrégulièrement rétrécis, ont pour conséquence un phimosis permanent. Puis, en raison de la position déclive de la verge, la sérosité s'accumule surtout dans la partie inférieure, l'hypertrophie du prépuce se faisant aux dépens de sa face cutanée, il en résulte bientôt cette forme spéciale en battant de cloche. Si l'œdème augmente toujours, et cela a lieu quand le traitement n'est pas institué, l'infiltration peut envahir tout le fourreau de la verge qui atteint parfois des proportions considérables, simulant à première vue l'hypertrophie éléphantiasique.

Une fois le phimosis constitué, la balano-posthite ne tarde pas à se montrer. La sérosité du chancre

provoque une irritation de la muqueuse balano-préputiale qui s'enflamme et se met à suppurer, et alors on voit sortir par l'orifice préputial un écoulement séro-purulent constitué par la sécrétion du chancre et par la suppuration de la muqueuse, le tout mélangé de bulles d'air.

Il est inutile de dire que cette inflammation de la muqueuse balano-préputiale est un phénoméne purement mécanique, et qu'il n'y a pas auto-inoculation, car, lorsque les chancres siégent sur le limbe, sur le méat ou sur le filet, et qu'ils produisent un phimosis, la balano-posthite peut manquer, et la raison en est dans le siège même des chancres, car les produits de sécrétion s'écoulant librement au dehors, ne causent pas d'irritation à la muqueuse glando-préputiale, et par suite il y a phimosis sans balano-posthite.

Ces complications, phimoses et balano-posthite, peuvent, comme on le voit, laisser passer les chancres inaperçus; et de plus si l'écoulement qui sort par l'orifice préputial est abondant, on peut croire à une blennorrhagie au début, et ce sont des cas semblables qu'on décrivait autrefois sous le nom de *chaudes-pisses bâtardes*, alors que la blennorrhagie était considérée comme une manfestation de la syphilis.

Il est vrai que la blennorrhagie peut se rencontrer avec les chancres sous-préputiaux; dans ce cas, les symptômes douloureux et l'écoulement peuvent seuls attirer l'attention sans que l'on songe à l'existence possible des chancres. En effet, la blennorrhagie s'accompagne quelquefois de balano-posthite et de phimosis, et on pourrait se croire en présence d'un cas de ce genre; mais alors avec la blennorrhagie seule, la verge n'est pas déformée, la peau du prépuce ne présente pas de changement de coloration, sauf une teinte légèrement rosée, et il n'y a pas d'œdème. En sorte que si l'on constate en même temps qu'un écoulement balano-préputial abondant cette forme en massue dont nous avons parlé plus haut, avec changement de coloration de la peau, un œdème dur, il faut chercher avec soin, sûrement il y a des chancres ou des plaques muqueuses sous le prépuce.

Dans le phimosis et la balano-posthite produits par les chancres simples, nous avons tout un cortège de symptômes autrement graves que dans le cas de chancres syphilitiques.

La verge présente bien cette forme en massue, mais le prépuce est le siége d'une chaleur et d'une rougeur phlegmoneuse; l'augmentation de volume est beaucoup plus considérable; il en est de même de l'œdème. La douleur spontanée ou provoquée est beaucoup plus vive. Quelquefois même les parties sont tellement sensibles que les malades ne peuvent supporter la moindre exploration. Le palper seul leur arrache des cris de douleur.

Quand on pratique l'exploration, on remarque tout d'abord que le prépuce ne présente pas cette dureté propre au phimosis syphilitique. Ce n'est pas un œdème dur comme dans ce dernier cas, c'est un empâtement phlegmoneux, et les cordons de lymphites ne sont pas indurés comme dans la syphilis, ils ont un caractère franchement inflammatoire. De plus, la pression au niveau du chancre simple, est beaucoup plus douloureuse que lorsqu'il s'agit de chancre infectant, et on ne constate pas cette zône d'induration que l'on rencontre avec l'accident primitif de la syphilis.

L'écoulement par l'orifice préputial est plus purulent et beaucoup plus abondant que dans la balano-posthite infectante, l'odeur est plus âcre, le pus, qu'on me passe l'expression, *sent le renfermé*. Quand la fétidité augmente, cela indique un commencement de gangréne soit du prépuce, soit du gland, soit des deux à la fois, et quand ce signe se montre accompagné de symptômes graves, fusion, fièvre prostration des forces, il faut intervenir tout de suite en débridant le prépuce sur la face dorsale; sans s'inquiéter de l'inoculation chancreuse de la plaie, il vaut mieux avoir affaire à plusieurs chancres, que de s'exposer à voir le prépuce et le gland tomber en déliquium gangréneux, en 12 ou 24 heures quelquefois.

Dans la balano-posthite simple on constate souvent le phimosis, mais celui-ci ne se montre que lorsque l'inflammation balano-préputiale est dans sa période d'acuité. La douleur est beaucoup plus vive quo dans le cas de phimosis et de balano-posthite syphilitiques, et en outre il y a absence complète d'œdème ou de changement à la peau.

Il est un cas que l'on rencontre souvent et qui est un symptôme de la syphilis, c'est quand le phimosis est produit par les plaques muqueuses sous-préputiales. Il peut se faire que le chancre ait évolué sans donner cette complication, et que des plaques muqueuses provoquent le phimosis et la balano-posthite.

Il peut également se faire qu'un chancre extra-génital soit accompagné de phimosis et de balano-posthite, causés par des plaques muqueuses.

Dans les deux cas dont nous parlons, l'exploration n'est nullement douloureuse, de plus, dans le dernier cas, on ne rencontre pas de points indurés, mais on sera averti qu'on a affaire à des plaques sous-préputiales par l'aspect du pénis, qui présente exactement la même forme en massue, avec rougeur du prépuce, œdème dur, que dans le cas de chancre sous-préputial. De plus, avec les plaques, l'écoulement est plus abondant, l'odeur est fade, infecte, mais ne présente pas cet aspect de pus bien lié qu'on remarque dans l'écoulement symptômatique d'une balano-posthite simple ou du chrancre simple.

Traitement. Quelque soit la cause du phimosis et de la balano-posthite, chancre infectant, plaques muqueuses, chancre simple ou balanite simple, le traitement est le même, et il n'y en a qu'un seul vraiment énergique et curatif. Ce sont les injections entre le gland et le prépuce avec une solution de nitrate d'argent au 30e Voici comment on les donne. Il faut, après avoir injecté le liquide dans la cavité glando-préputiale, fermer l'orifice du prépuce et presser le prépuce dans tous les sens de façon à mettre le médicament en contact avec tous les points.

Marche, terminaison, durée.—Sous l'influence de ce traitement la balano-posthite cède rapidement à mesure que les chancres se cicatrisent, le gonflement et l'induration œdémateuse du prépuce diminuent, les tissus reprennent peu à peu leur souplesse et le phimosis disparaît au bout de 15 jours à 3 mois quelquefois plus.

Cependant, il est des cas où celui-ci persiste pendant un temps très-long et finit même par passer à l'état permanent, mais ceci se rencontre surtout

quand le phimosis a été provoqué par des plaques muqueuses.

Nous allons maintenant donner des observations à l'appui de ce que nous venons d'avancer et nous suivrons l'ordre dans lequel nous avons décrit cette complication du chancre infectant.

1° Chancre infectant. — Phimosis sans balano-posthite;

2° Chancre infectant. — Phimosis et balano-posthite;

3° Chancre infectant guéri, sans phimosis et balano-posthite. — Plaques muqueuses 15 jours après, produisant ces complications;

4° Chancre du pli pénio-scrotal. — Phimosis et balano-posthite provoqué par les plaques muqueuses concommittantes.

I. — *Chancre infectant. — Phimosis sans balano-posthite.*

Un voyageur de commerce vient à la consultation de l'hôpital du Midi, le 20 mars 1877.

Il raconte qu'il y a un mois, le 20 février, trois ou quatre semaines après le coït, il remarqua sur le gland une petite tache rouge qui augmenta peu à peu d'étendue et finit par s'ulcérer.

Le 20 mars, jour où nous le voyons pour la première fois, on constate la présence d'un chancre infectant, de la grosseur d'une lentille, arrondi; reposant sur une base indurée et situé sur la face dorsale du gland, un peu à droite de la ligne médiane. Il ne souffrait pas et n'avait ni phimosis ni balano-posthite.

Dans l'aine une adénopathie indolente.

On prescrit. — Vin aromatique sur le chancre, 3 pilules de protoiodure de mercure de 0,03 centigrammes.

Il revint à la consultation le 10 avril et il nous dit que le 25 mars, c'est-à-dire 35 jours après le début du chancre, le phimosis commença à se produire et au bout d'une semaine, 43ejour de la maladie, il était complet. Mais ne souffrait nullement.

Ce jour là l'état local ne laissait en aucune façon soupçonner que le malade était atteint d'un chancre.

La verge avait conservé son volume normal, pas de gonflement œdémateux du prépuce. Il y avait un phimosis complet et irréductible. Le limbe présentait seulement une rougeur assez intense, mais on pouvait tout aussi bien l'attribuer à une simple balanite. Rien en un mot ne pouvait éveiller l'idée de syphilis.

Mais la palpation faisait reconnaître sur le gland une induration en forme de cupule due à la cicatrice du chancre.

L'orifice du prépuce présentait quelques éraillures situées dans les plis du limbe qui était également induré, mais il n'y avait pas la moindre trace de plaques muqueuses, seulement un léger écoulement de sérosité. Lymphite du dos de la verge.

Sur le tronc on remarquait quelques syphilides papulo-vésiculeuses.

Le malade se plaignait de violentes céphalées. L'état général était mauvais. Perte d'appétit et de sommeil.

On prescrit le traitement tonique : vin de quinquina ferrugineux.

Le 24 avril (64e jour), il revient à la consultation. Le phimosis persiste toujours. L'état général ne s'es pas amélioré. En plus il y a de la laryngopathie.

9 mai (79e jour). — Le malade se présente de nouveau à la consultation et nous ne pouvons constater la moindre amélioration. Le phimosis n'est pas réduit. L'état général est toujours aussi mauvais. Le moral est extrêmement déprimé.

26 juin (127e jour). — Nous revoyons le malade. Le phimosis a disparu depuis 8 jours. Le prépuce conserve toujours sa rigididé, car en découvrant le gland on a assez de peine à ramener le prépuce.

Il y a toujousrs de la laryngopathie. Les céphalées ont diminué, l'état général est meilleur.

Cette observation présente deux particularités. La première est la forme insidieuse qu'a présentée la syphylis une fois le phymosis constitué. Quiconque eut vu le malade à ce moment-là, n'eut jamais pu croire qu'il était porteur d'un chancre infectant. — Rien ne le faisait soupçonner, pas de balano-posthite. Pas de douleurs. Un écoulement séreux à peine appréciable.

L'autre point remarquable est la longue persistance du phimosis qui n'a disparu que deux mois après la cicatrisation du chancre.

(*A suivre*).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

DU RECOUVREMENT DES HONORAIRES MÉDICAUX-LÉGAUX.

Monsieur le Directeur,

Dan un précédent numéro du *Concours Médical*, le Dr Cauchy me prie d'édifier les lecteurs du *Concours* sur les démarches multiples que je dus faire en 1877, pour obtenir le recouvrement d'honoraires de deux réquisitions écrites par des maires dans un cas d'accident (homme noyé), et dans un cas de pendaison, je le fais avec plaisir, pour faire mieux ressortir l'enseignement si juste que fait découler notre honorable confrère de cette affaire.

Ignorant complètement (c'était la première fois que le cas se présentait pour moi), les démarches que je devais faire, je m'adressai officieusement au juge de paix du canton de Valines (Dordogne), sur le territoire duquel j'avais opéré; celui-ci me dit de dresser un mémoire sur papier imprimé et destiné *ad hoc* que me fournit le greffier de la justice de paix, et de l'envoyer au procureur de la République de Bergerac avec les réquisitions à l'appui, mémoire qui doit être rendu exécutoire par la président du tribunal, sur le réquisitoire du procureur de la République, ce que je fis. Le procureur de la République me retourna et mon mémoire et les pièces à l'appui en me disant « que ce n'étaient pas des frais » de *justice criminelle,* que le chancellerie les re- » pousserait en vertu de l'article 9, paragraphe 12 » du tarif du 18 juin 1811, et qu'ils devaient être » payés par les maires qui m'avaient requis. » Je m'adressai alors aux maires qui me répondirent qu'ils n'avaient pas de fonds affectés à la chose.

Me voilà donc renvoyé de Caïphe à Pilate, comme le dit alors la *Tribune Médicale* à laquelle je soumis le cas, auquel son rédacteur en chef consacra plusieurs articles, ce dont je suis heureux de la remercier ici publiquement.

Un moyen infaillible de trancher la question, c'était d'intenter une action judiciaire à ceux qui étaient immédiatement responsables du fait de réquisition, c'est-à-dire aux maires, ce que j'aurais certainement fait; mais me plaçant au point de vue juridique, et les maires ayant requis en qualité d'*officiers de police judiciaire*, et me croyant bien dans le cas de *justice criminelle*, je crus, malgré la fin de non recevoir du procureur de la République, que la chancellerie était responsable; j'en référais au chef de la chancellerie d'alors, M. Dufaure. Celui-ci ordonna une enquête dont le résultat se trouve clairement exprimé dans la circulaire suivante du procureur général De Grabrielli de Bordeaux, aux procureurs de la République, circulaire que je laisse à chacun de vos lecteurs le soin de commenter.

PARQUET DE LA COUR D'APPEL DE BORDEAUX.

Bordeaux, le 15 février 1878

« Monsieur le Procureur de la République,

« J'ai adressé à M. le garde des sceaux un rapport relatif à la réclamation de M. le docteur Rolland, médecin à Moncaret, qui sollicite le payement des honoraires à lui dus pour deux examens de cadavre.

« M. le garde des sceaux pense, comme moi, que le mémoire de M. Rolland n'est pas imputable sur le budget des frais de justice.

« En effet, pour peu que la cause d'une mort violente soit douteuse, et qu'il existe une présomption, même vague, de crime ou de délit, le fait doit être vérifié judiciairement, et, alors, quel que soit le rang de l'officier de police judiciaire qui a prescrit la vérification, et quel que soit le résultat de cette vérification, la dépense qui en résulte est nécessairement à la charge de mon département. Mais quand il s'agit d'une mort qui n'a évidemment été causée ni par un crime, ni par un délit, le médecin ne pouvant être requis que pour donner des soins à un blessé qu'on espère encore rappeler à la vie, ou pour accomplir les formalités de police administrative prescrites par l'article 8. C. C., les frais de visite doivent être acquittés, soit par la famille du décédé, soit par la commune sur le territoire de laquelle le fait a été constaté.

« Dans l'espèce, l'une des visites s'appliquait à un individu dont le suicide était notoire, et l'autre à un pêcheur qui s'était noyé accidentellement en présence de deux témoins accourus à son secours. Aucun de ces deux accidents ne pouvait donner lieu à une présomption de crime.

« Le transport et les visites dont M. le docteur Rolland réclame à juste titre payement, n'ont donc pas été requis dans un intérêt judiciaire, et, comme vous le faites remarquer avec raison, c'est aux maires requérants qu'il appartient d'acquitter son mémoire sur le budget de leur commune, dans le cas où les familles Layssalle et Pidoux justifieraient de leur indigence.

« Vous aurez soin de porter cette décision à la connaissance du réclamant.

« Recevez, etc. « *Le Pocureur général,*

« De Gabrielli. »

Voilà les faits tels qu'ils se sont passés; les maires m'ont fait un mandat approuvé par le sous-préfet et j'ai été enfin payé sur les fonds de la caisse des dépenses imprévues de la commune.

Dr J. Rolland.

Tonneins (Lot-et-Garonne).

LA SITUATION DES MÉDECINS DES INDIGENTS.

« Monsieur le Directeur,

« La situation des médecins des indigents devait certainement intéresser le *Concours médical*, aussi ai-je vu avec plaisir le bon accueil que vous avez fait aux réclamations de notre confrère, le docteur D , de C. (Aude).

« Dans le département de la Haute-Saône, l'organisation du service médical gratuit permet aux conseils municipaux de choisir le médecin des indigents de la commune ; celui-ci est payé à raison de *huit centimes* par habitant, quel que soit d'ailleurs le nombre des indigents et le trajet à parcourir. Aussi les municipalités ne dépensant pas davantage, arrive-t-il fréquemment de rencontrer sur les listes, à côté du nom des infirmes et des vieillards, le nom de tout jeunes hommes bien valides, auxquels la nature, à défaut de fortune, a donné quelques enfants.

« Certaines communes n'inscrivent que le nom du père de famille ; mais si le père ne peut payer pour lui-même, comment pourra-t-il payer pour sa femme et ses enfants. Généralement, quand le médecin s'oublie à leur réclamer des honoraires pour soins donnés aux divers membres de sa famille, il ne manque pas de se faire un rempart de la liste gratuite sur laquelle il figure.

« Un exemple entre beaucoup d'autres :

« La commune de X., comptant 300 habitants, est située à 10 kilomètres du médecin ; 28 indigents inscrits possèdent 43 enfants, total : 71 individus qui peuvent, à toute heure du jour ou de la nuit, *requérir* la visite du médecin. Celui-ci sera dédommagé par un mandat annuel de 24 francs.

« Naturellement, le médecin des indigents est chargé de la vaccine, sans pour cela toucher autre chose que ses *huit centimes* par habitant.

« Telle est la misérable situation faite aux médecins dans notre département. Est-il possible de mieux exploiter le dévouement qu'on exige toujours du corps médical ?

« C'est dans l'association seule que nous pouvons trouver un remède contre le mal, et c'est à ce titre que nous devons toute notre reconnaissance au fondateur du *Concours médical.*

« Dr C. Degoix, *membre fondateur,*

« à Pesmes (Haute-Saône). »

Il est préférable, à notre avis, de faire gratuitement le service des indigents de la commune de X....

Pourquoi le confrère qui a accepté cette situation ne se résout-il pas, dans l'intérêt commun, à aviser

de cette résolution le maire du pays en question et l'informer, en même temps, qu'à la fin de l'année 1880, il présentera sa note d'honoraires basée sur le prix des visites du plus modeste ouvrier du lieu.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

PRÉPARATIONS DE CHLORAL.

1° *Liniment au chloral.*

Hydrate de chloral................. 6 parties.
Huile d'amandes douces........... 30 »

Faites dissoudre par simple mélange au mortier ou à l'aide d'une douce chaleur en mettant le flacon au bain-marie.

2° *Pommade au chloral.*

Hydrate de chloral................ 6 parties.
Axonge.......................... 27 »
Cire blanche...................... 3 »

Faites fondre la cire et l'axonge au bain-marie, dans un flacon à large ouverture; ajoutez le chloral hydraté préalablement réduit en poudre pour faciliter la dissolution; lorsque celle-ci est complète et que le mélange est redevenu limpide, faites refroidir. La cire n'est pas indispensable, et, en hiver surtout, on peut la supprimer, si on ne tient pas à avoir une pommade très ferme.

En faisant fondre, au bain-marie, parties égales d'hydrate de chloral et de cire blanche, on obtient une dissolution qui, par le refroidissement, acquiert la consistance d'une masse emplastique. On peut en faire des écussons en l'étendant sur de la peau ou sur du sparadrap; on peut la tailler ou la mouler de façon à en faire des flèches, des bougies ou des suppositoires. Inutile d'ajouter qu'on peut en atténuer la force en augmentant la proportion de cire ou en l'associant à une autre composition emplastique, inerte ou moins active.

Suppositoires au chloral :

3° *Suppositoires au chloral à 1 gramme.*

Hydrate de chloral........................ 1 gr.
Cire blanche.............................. 1 »
Beurre de cacao........................... 3 »

Suppositoires au chloral à 2 grammes.

Hydrate de chloral........................ 2 gr.
Cire...................................... 1,50
Beurre de cacao........................... 2,50

Faites fondre la cire et le beurre de cacao dans un flacon, au bain-marie ; ajoutez le chloral en poudre et, quand il est dissous, coulez dans le moule.

En prenant une fois et demie ou deux fois cette dose, on peut obtenir des suppositoires pour le vagin contenant 3 à 4 grammes de chloral, et n'excédant pas les dimensions voulues, surtout si on leur donne la forme cylindrique (*Catillon*).

4° *Lavement de chloral.*

Dans un verre d'eau de lait additionné d'un jaune d'œuf, je fais mettre une à trois cuillerées de la solution suivante :

Chloral.............................. 10 gr.
Eau.................................. 100 gr.

puis le tout est donné dans un lavement qu'on devra garder (*Dujardin-Beaumetz*).

INJECTIONS DE MORPHINE.

Dans le but d'éviter les altérations des solutions de chlorhydrate de Morphine, Dujardin-Beaumetz conseille de recourir à la formule suivante :

Chlorhydrate de morphine. 1 gramme.
Eau de laurier-cerise....... 50 —

Les seringues de Pravaz contenant presque toutes un gramme de liquide, si on injecte la moitié de la eringue on a 2 centigrammes de morphine, et 1 cenigramme si on n'en injecte que la moitié.

BIBLIOGRAPHIE

I. **Traité clinique des maladies de l'enfance.** Leçons professées à l'hôpital Sainte-Eugénie, par le Dr Cadet de Gassicourt, etc. (1)

Tous les praticiens connaissent l'importance de la médecine infantile qui occupe une bonne partie de leur temps. Ils savent aussi que, chez les enfants, les maladies prennent souvent une forme et un aspect qui les différencient singulièrement des mêmes affections observées chez l'adulte. On n'ignore pas non plus les difficultés, souvent nombreuses, qui rendent le diagnostic si difficile chez les enfants, à cause des renseignements qu'ils ne peuvent fournir sur ce qu'ils éprouvent et souvent aussi à cause de leur indocilité. Voilà pourquoi nous recommandons le *Traité clinique des maladies de l'enfance*, par le Dr Cadet de Gassicourt, où nos lecteurs trouveront une grande finesse d'observation jointe à des discussions sérieuses; le tout appuyé sur des observations cliniques heureusement choisies pour servir de démonstration. Il ne s'agit point ici d'un traité classique, l'auteur s'étant spécialement attaché aux affections qui se distinguent chez l'enfant par leur extrême fréquence ou se caractérisent par quelques traits particuliers. On trouvera, dans ce premier volume, les affections du poumon et de la plèvre, comprenant la *Congestion*, la *Pneumonie franche aiguë*, la *Bronchite*, la *Bronchopneumonie*, la *Pleurésie simple aiguë*, la *Pleurésie purulente*, la *Tuberculose pulmonaire* et celle des *ganglions trachéo-bronchiques*. Ce sont, en somme, les affections de l'appareil respiratoire les plus fréquentes chez l'enfant et qui présentent une physionomie spéciale et des difficultés particulières. En outre, plusieurs d'entre elles accompagnent fréquemment une foule de maladies communes, coqueluche, rougeole, diphthérie, etc., où elles deviennent souvent l'affection principale.

On remarquera surtout les chapitres consacrés à la congestion, à la bronchopneumonie, etc. Il va sans dire que la thérapeutique et le traitement occupent dans ce volume une place importante et que le praticien y trouvera des renseignements surs et précieux dans les cas embarrassants. Dans le second volume, l'auteur s'occupera des autres maladies spéciales à l'enfance. Espérons que nous ne l'attendrons pas longtemps. N'oublions pas en finissant d'indiquer les 78 tracés de température intercalés dans le texte et de signaler l'importance du thermomètre

(1) Tome premier. Un volume in-8, avec 78 tracés de température. Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

quand il s'agit des maladies de l'enfance. Si l'on trouve ces tracés un peu élevés, il sera bon de se souvenir qu'il s'agit ici de température rectale.

II. **Manuel clinique de l'analyse des urines**, par Yvon, pharmacien de 1re classe, etc. (1).

C'est un petit volume coquet, relié à l'anglaise, à tranches rouges, où le clinicien trouvera facilement tous les renseignements qu'il a besoin de connaître sur la nature de l'urine normale ou pathologique, grâce à un exposé très méthodique dont voici les traits principaux. Le manuel est divisé en six livres. Le premier est consacré à l'analyse de l'urine normale, et le second, aux éléments normaux de l'urine. Dans le troisième on traite des éléments anormaux (albumine, glycose, pigments et acides biliaires, composés ammoniacaux). Les sédiments, concrétions et calculs font l'objet du quatrième livre. Le cinquième comprend la manière d'opérer pour faire l'analyse et le sixième, la recherche des médicaments éliminés par l'urine.

Ce n'est point là un traité scientifique à proprement parler, mais un *manuel clinique* susceptible de rendre bien des services dans toutes les affections où l'examen de l'urine joue un rôle important.

D'. A-B.

(1) Un vol. in-12, avec 37 figures dans le texte, même librairie.

CHRONIQUE

—

Une Femme Pharmacien. — L'École de Pharmacie de Toulouse vient de conférer le diplôme de pharmacien de seconde classe à une dame Gaillard, de Narbonne, dont les examens ont, paraît-il, été très brillants.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

AVIS

—

A cause du nombre restreint des numéros de notre collection, nous sommes dans l'obligation de prier nos adhérents de nous faire parvenir, en timbres-poste, 0 fr. 25 centimes par exemplaires réclamés.

Nous prions les membres fondateurs d'ajouter, à leur signature, leur numéro quand ils demandent réponse par la correspondance ; ils nous éviteront un travail assez long.

CORRESPONDANCE

—

— Dr C., à N. (Var), 10 décembre.

Votre confrère est inscrit. Merci de vos vœux. Oui, nous espérons, comme vous le dites, qu'en dehors des intérêts matériels qu'il doit sauvegarder, le *Concours médical* contribuera, pour sa part, à développer l'esprit de corps et de bonne confraternité qui manque trop souvent.

— Dr. P. D., à C. (Gironde), 13 décembre.

Votre bande porte votre numéro, le 304. — Vous aurez négligé de tenir compte de notre avis, déjà ancien, à ce propos.

— Dr de V., à B. Belgique), 15 décembre.

Nous n'avons pu jusqu'à ce jour établir régulièrement le service de Belgique. Vous recevrez le journal à l'avenir à titre de participant et sommes heureux de voir que vous partagez entièrement nos vues et nos principes.

— 932. (Côte-d'Or), 15 décembre.

« *Je lis assidûment votre journal, surtout bien entendu la partie* professionnelle. *Courage, vous êtes dans le vrai, et la suite vous le prouvera. Nos confrères, vos correspondants, sont encore bien au-dessous de la réalité. Vous commencez à émouvoir le corps médical (ce qui n'était pas facile). Il vous reste à traiter les rapports de médecins à médecins, première cause de notre triste situation professionnelle ; puis, aussi la question de l'*alma mater*-l'école de Paris, qui, par le système actuel, tu gence et l'élan du cœur, par son système de faveurs, ce qui retentit sur tout notre corps médical.*

En temps et lieu, j'espère avoir le loisir de vous écrire un petit mot sur ces deux sujets. Mais, dès aujourd'hui, je vous dis le succès est assuré et n'est qu'une question de temps. Vous frappez au moment où l'excès du mal réveille les plus endurcis. Indépendant de fortune, jeune encore, je vous en parle de bonne foi et avec certitude, etc. »

Nous comptons sur votre communication.

— Dr M., à S. (Hautes-Pyrénées).

Votre assurance va être établie conformément à vos indications. Nous vous sommes très obligés de nous aviser que vous recevez 2 exemplaires. Nous prions nos confrères dans le même cas que vous, de nous avertir par simple carte-poste.

— Dr J., à B.-S.-S. (Aube).

Voici la réponse de la Compagnie : « Le Dr G. profitera des avantages assurés aux membres du *Concours médical*, mais lorsque son assurance actuelle sera expirée et qu'elle aura été refaite par le bureau de Paris, les agents de province conservant leurs droits à l'encaissement, mais ne pouvant faire les contrats dans les conditions convenues. »

— Dr. A. M., à C. (Maine-et-Loire), 15 décembre.

Vous êtes inscrit. Merci de votre thèse, dont nous ferons notre profit.

— Dr L., à L. (Gironde).

Réponse. — 1re question : Cette modification, que nous ferons en temps et lieu, nous impose un supplément annuel de dépense de 1,900 fr. Certaines annonces se contentent de la reproduction bi-mensuelle.

2me question : La réduction est aussi considérable et à votre profit si vous la réclamez, ou à celle du fonds commun dans le cas contraire.

3me question : Cette lenteur n'est pas de notre fait et tient à diverses causes que nous pouvons seuls apprécier. Vous serez satisfait.

4me question : Oui, le nombre s'accroît tous les jours. — Nous savons qu'on apprécie notre rôle et qu'on sent que nous allons occuper notre place.



SUPPLÉMENT

AU

CONCOURS MÉDICAL

Du N° 12 du 20 septembre 1879.

AUX MEMBRES FONDATEURS

—

TRÈS-HONORÉ CONFRÈRE,

Lorsqu'il y a plus d'une année, je vous adressais la première circulaire relative à la fondation d'une Société de *Concours médical* et d'un journal qui en serait l'organe, je ne me dissimulais pas les lenteurs et les difficultés d'une pareille œuvre.

Aujourd'hui un grand pas est fait. Plus de mille confrères ont répondu à mon appel et on signé leur adhésion. Une correspondance journalière, venue de tous les points de la France, signalant les mêmes besoins et faisant entendre les mêmes vœux, me dit que le succès est prochain. Nous avons ensemble fondé le journal, qui sera encore amélioré sous certains rapports, et doit servir de lien entre nous, de moyen de communication de nos vues, de nos idées et de nos légitimes aspirations. Il devient urgent qu'une parfaite communauté d'action s'établisse au plus vite pour que cette première année produise tout ce que nous pouvons en attendre.

Nous devons chercher, par la propagande, à augmenter le chiffre de nos adhérents et cette propagande vous incombe en grande partie.

Pour qu'elle soit efficace, il faut que vous puissiez répondre aux objections, dissiper les malentendus et les équivoques.

Une première objection se présente. Comment le journal peut-il vivre? Qui donc en fait les frais?

Le *Concours médical* a été fondé dès que j'ai eu le chiffre de mille adhérents, par moi seul et avec mes propres ressources, convaincu que dès que nous pourrions entrer en communication le succès serait assuré. L'initiative était facile à prendre; car je ne parlais plus en mon nom, mais au nom de mille confrères dont j'étais certain d'être l'interprète dévoué.

Cette initiative qui n'a rien, selon moi, de téméraire, était légitimée par les considérations suivantes: d'ordinaire, il faut un long temps à un journal de médecine pour avoir un chiffre d'annonces suffisant à ses dépenses, et personne n'ignore que la publicité, seule, fait vivre le journal de médecine.

Afin d'augmenter ce produit, la plupart des journaux joignent, à l'annonce proprement dite, des articles, dits articles réclames, dans lesquels, sous le couvert d'une signature plus où moins régulière, entre deux articles de science pure, sont vantés, à l'aide parfois d'observations, les heureux effets d'une spécialité quelconque.

Constatons le fait sans l'approuver ni le blâmer. Mais si par nos principes nous sommes interdits de semblables procédés quelque fructueux qu'ils puissent être et quelque sérieux qu'en soient les produits, nous étions décidés à aller plus loin dans cet ostracisme et nous n'admettons dans les pages d'annonces

proprement dites qu'un petit nombre de produits qui sont indispensables au praticien pour des causes que nous avons énumérées dans le programme du journal, et qui viennent d'être encore récemment exposées avec une grande autorité par MM. Besnier et Lereboullet (*Concours médical*, n[os] 10 et 11.)

Faire un choix dans les médicaments à annoncer dans notre journal, c'est, en quelque sorte leur assurer une vente ; dès lors, il fallait que nous disions à nos adhérents : voici un produit admis, voilà les raisons scientifiques qui nous l'ont fait admettre. Essayez et jugez.

L'intérêt du fabricant à voir sa spécialité annoncée dans notre journal est d'autant plus grand, que le traité qu'il souscrit est fait, non pas avec un seul propriétaire, mais en réalité et à l'heure actuelle, avec mille propriétaires, et deux mille cinq cents lecteurs. Cet industriel a de plus l'avantage appréciable de ne pas voir un produit, dont la réclame extra-scientifique constitue le seul mérite, lui disputer, sur la même page, l'attention des médecins. La conséquence forcée de ce fait est que le prix de sa publicité doit être basé sur le service rendu, ce qui est un principe de justice.

Nous étions assurés ainsi de conclure, en très peu de temps, des traités qui devront couvrir d'abord les frais du journal, permettre d'accroître sa valeur scientifique et même de réaliser pour l'œuvre commencée, un bénéfice certain et légitime.

Ces bénéfices sont la propriété de la Société de *Concours médical* et l'assemblée générale verra à en faire l'application qu'elle jugera convenable. C'est à nous à conclure des traités assez avantageux pour grossir cette somme.

Les comptes des dépenses et recettes, et toutes les pièces afférentes à notre organisation, seront soumises à l'assemblée. Elles sont d'ailleurs et d'ores et déjà à la disposition de tous les membres fondateurs.

Mais en même temps que nous fermions nos colonnes d'annonces à ces produits contre lesquels tout médecin sérieux doit protester et qui nous envahissent de plus en plus, au point d'émouvoir l'impassibilité habituelle de l'Académie de Médecine, nous pouvions, sans engager notre responsabilité et notre honneur professionnel, laisser l'administrateur libre de conclure des traités pour des annonces extra-médicales et comme nous sommes une Société nombreuse nous pouvions exiger des réductions pour les sociétaires et un intérêt pour la Société elle-même, intérêt qui sera soumis au contrôle de tous. Dans ce genre d'affaires nous avons laissé le champ libre à l'administrateur du journal et nous n'avons admis d'être lié avec qui que ce soit, que sous la condition expresse de la révocation possible des traités, dès que les sociétaires n'y trouveraient pas satisfaction et économie. Nous vous prions donc d'adresser, s'il y a lieu, vos observations à l'administrateur du journal.

Mais le journal est plus qu'un moyen de communication. C'est un instrument qui aura sa véritable influence le jour où la Société sera complétement constituée et où chacun d'entre vous aura bien compris la puissance de l'association du corps médical au point de vue de ses intérêts intellectuels et matériels.

Par notre union, nous résisterons à cette foule de spécialités qui poussent le public à se traiter lui-même ; nous arriverons à fonder des institutions de prévoyance, qui amélioreront notre situation matérielle et assureront l'avenir de nos familles ; nous aurons sans frais, un journal dont, par votre concours même, vous pourrez incessamment augmenter la valeur. Enfin vous aurez, à Paris, un véritable bureau de renseignements, un représentant naturel de vos intérêts.

Le premier pas est fait, il faut que notre nombre augmente rapidement. Il faut que nos confrères éclairés sur notre but, viennent à nous et qu'ils sachent bien que nos principes sont de ceux qu'on peut hautement avouer et proclamer.

Afin de vous faciliter cette propagande, nous vous adressons des formules d'adhésions pour ceux d'entre nos confrères qui voudraient venir à nous et en seraient empêchés par causes diverses. Ces confrères augmenteront le nombre de nos participants et avec nos abonnés compléteront le deuxième mille des adhérents de notre Société.

Enfin nous vous prions de vous mettre en communication avec nous aussi souvent que possible. Chaque fois que vos affaires vous appelleront à Paris, nous vous serions reconnnaissant de passer dans les bureaux du journal, où vous prendrez connaissance des détails de notre organisation.

Notre *chronique professionnelle* vous est ouverte pour toutes les communications qui touchent aux in-

térêts de notre corporation. Par le *Concours scientifique,* sur lequel nous appelons tout spécialement votre attention, vous pouvez contribuer à élucider des questions de pratiques médicales ou chirurgicales.

Toutes vos observations sur la rédaction, sur les détails mêmes de notre publication seront prises en considération. Nous les sollicitons comme la meilleure preuve de votre concours.

Votre dévoué confrère,

Le Directeur fondateur,

A. Cezilly,

Adjoint au maire de Chantilly.

A NOS ADÉHRENTS

Très honorés confrères,

Laissez-nous d'abord vous adresser nos remerciements pour votre acte d'initiative. Il vous a été dicté par le désir d'établir, entre les membres du corps médical, une plus grande solidarité. Presque tous, nous avons le sentiment de notre isolement et aspirons à l'amoindrir en nous intéressant aux œuvres de confraternité. Un échange quotidien de pensées, d'aspirations, de volontés vous a paru, comme à nous, bon à établir.

Vous avez pris part, peut-être avec un peu de scepticisme, à une entreprise infiniment plus sérieuse qu'il n'apparaît d'abord et dont vous serez bientôt, nous en sommes certains, les partisans convaincus et ardents.

Nous avons largement dépassé ce nombre de mille adhérents que nous recherchions. Nous pouvons maintenant vous présenter bri èvement notre programme sur lequel d'ailleurs nous aurons occasion de revenir avec plus de détails.

L'exposition des idées qui ont présidé à la création du journal *le Concours médical* et de la future *Société de concours médical,* dont il est l'instrument, avait sa place désignée dans le premier numéro.

Il y a environ deux années, un groupe de médecins de Paris et des départements eut l'occasion d'étudier quels sont les *desiderata* de notre profession; quels seraient les moyens les plus efficaces d'y satisfaire. Il parut opportun de se livrer à l'étude du mécanisme des deux Sociétés médicales les plus nombreuses de France et d'Angleterre.

Association générale des médecins de France. — Peu de confrères parmi nous ignorent que l'Association générale est une Société de prévoyance, de protection et de secours mutuels en faveur de ses membres et de leurs familles.

Nous savons tous qu'elle a encore en vue de maintenir, par son influence moralisatrice, l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession. Elle a fondé une caisse de pensions viagéres d'assistance, et proposera et fondera les institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre d'assistance. Les membres payent une modeste cotisation annuelle.

L'Association générale a été fondée en 1858. Due à la généreuse initiative de quelques médecins bordelais, à l'infatigable persévérance de son premier président, le professeur Rayer, de son secrétaire général, M. Amédée Latour, et d'une foule de dévoués confrères, elle a débuté avec quinze cents adhérents et un budget de trente mille francs. Elle compte, à l'heure actuelle, plus de sept mille sociétaires et possède des ressources qui dépassent un million.

Un annuaire rend compte des actes de cette Société, qui, pour divers motifs, a résolu de ne pas entrer dans la voie de la création d'un journal scientifique, organe de l'Association.

« L'Association générale, disait le président Rayer, ne soutiendra que *par une influence indirecte* l'instruction du corps médical. C'est cette haute et sûre position intellectuelle qui lui permet de combattre le charlatanisme, ce triste et honteux parasite de la médecine, sans crainte qu'on attribue cette conduite aux seuls intérêts professionnels.

British medical Association. — Elle date de près d'un demi-siècle, renferme plus de huit mille associés. Elle s'est proposé l'avancement de la science médicale et des sciences accessoires et le maintien de l'honneur et des intérêts professionnels. »

Pour arriver à ses fins, cette Association a créé le *British medical journal,* qui est sa propriété. Elle

distribue des prix d'argent aux travaux les plus remarquables publiés par ses associés, et, par des congrès scientifiques annuels, tenus dans les grandes villes d'Angleterre, elle contribue puissamment aux progrès de la médecine.

Elle se préoceupe, en outre, des modifications à obtenir aux lois et règlements qui régissent la profession ainsi que de la protection à assurer à chacun de ses membres dans l'exercice de leur art.

Cette Association est très prospère, grâce à la souscription de 25 francs payée chaque année par les associés. Son budget annuel dépasse trois cent mille francs, somme dont une très notable portion est le produit de la feuille d'annonces du journal. Cette feuille accepte tous les produits ressortissant de la médecine en même temps que les annonces purement commerciales qui peuvent intéresser ses lecteurs.

Nous donnerons prochainement un extrait des statuts de l'Association anglaise.

La matière scientifique du *Medical-Journal* est énorme d'étendue et d'une valeur considérable. Ses réunions annuelles constituent d'une façon durable ces grandes assises médicales dont le congrès français de 1845 nous a démontré tous les avantages. Toutes les sommités médicales se font un devoir d'assister à ces assemblées.

Pour résumer cet exposé, nous voyons que l'*Association générale française* est une Société de secours mutuels qui, à cette heure, ne peut assister pécuniairement que les plus déshérités d'entre nous. Mais elle rend de grands services par les occasions qu'elle nous fournit de nous réunir, d'échanger nos idées, de nous mieux connaître et, en définitive, de nous estimer et de nous entr'aider davantage Dans l'avenir, nos enfants auront droit à la retraite, ce grand bienfait, quelle que soit leur situation.

Mais elle n'a aucunement en vue notre instruction médicale.

L'Association britannique se préoccupe, elle, de l'avancement de la science et, comme la précédente, de la protection de l'honneur et des intérêts professionnels de ses associés.

Mais elle n'a aucunement en vue l'assistance pécuniaire et la prévoyance.

Notre Société de CONCOURS MÉDICAL comble les lacunes de ces deux organisations.

A l'Association anglaise elle emprunte son journal, distribué à tous les sociétaires, ses prix, puis dans l'avenir, ses congrès médicaux, quand nous reconnaîtrons la possibilité de les organiser.

« C'est pour mettre en commun le travail de l'intelligence et pour diriger ses efforts épars, disait encore M. Rayer, que les Académies ont été instituées, il y a plus de deux siècles. Dans le nôtre, le même besoin suscite les associations. »

Nous organiserons la nôtre en vue de cette espèce d'Académie, qui sera représentée par notre journal, organe d'une nombreuse société médicale.

Nous rendrons plus actuels, plus immédiats que ne peut le faire actuellement l'Association française, les bienfaits que nous procurera, dès à présent, l'union des volontés d'un grand nombre de médecins.

Notre voie est plus terre à terre, plus efficace aussi, car nous procurons, dès ce moment, sans frais, à ceux de nos confrères qui nous ont adressé leur adhésion, la lecture d'un journal dont nous nous efforcerons d'accroître incessamment la valeur. Cette faveur, nos ressources augmentant, s'étendra à un plus grand nombre et, peu à peu, à tous ceux qui voudront se joindre à nous.

Par l'organisation d'un fonds de prévoyance, modeste d'abord, mais d'un emploi immédiat et de droit pour tous, nous suivrons la voie tracée par l'Association générale. En outre, nous exposerons et discuterons le projet d'assurance sur la vie, si bien mis en lumière par la *Tribune médicale*. Nous étudierons les bases de la caisse de retraite des médecins, de M. le docteur Benoit (de la Loire-Inférieure). Nous espérons démontrer, qu'avec notre aide, les objections opposées à ces deux projets ne sont pas absolues et que leur réalisation n'est nullement chimérique.

Par l'organisation de notre page d'annonces EXTRA MÉDICALES, nous sommes assurés de procurer à tous nos lecteurs de notables économies.

Un tiers de nos adhérents fait partie de l'Association générale. Nous ferons tous nos efforts pour décider les dissidents à s'affilier à elle et, s'il y a lieu, nous leur en faciliterons les moyens.

C'est dire que nous suivons une voie parallèle et que notre action ne peut créer à la grande Association aucune difficulté Nous serons satisfaits si nous pouvons la compléter sous quelques rapports et nous sommes en état d'atteindre cet objet de notre ambi-

tion. Nous n'en voulons pour preuve que ce fait, que notre début s'opère avec un nombro d'adhérents peu inférieur à celui de l'Association générale il y a vingt années. Nous pourrons d'ailleurs, si nous rendons quelques services, lui en rapporter tout l'honneur, puisque c'est dans le sein de l'une de ses sociétés locales que notre projet a pris naissance.

Notre future Société de CONCOURS MÉDICAL s'affirme, dès aujourd'hui, par le fonctionnement du journal dont nous avons pris la direction.

Nos futurs souscripteurs sont assurés de ne point verser longtemps le prix de l'abonnement. En effet, les premiers abonnés inscrits après les 450 qui ont dépassé le nombre des fondateurs et que nous appelons les *membres participants,* jouiront d'avantages analogues à ceux des membres fondateurs et seront affranchis de toute cotisation dès qu'ils auront complété le deuxième mille.

Chaque année, d'ailleurs, un certain nombre des premiers inscrits de cette deuxième série, à mesure des vacances, remplira les vides qui s'opèreront nécessairement parmi les mille membres fondateurs du journal. Nous passerons ensuite à une nouvelle série, de telle sorte que tous nos abonnés seront admis à une situation analogue à celle que nous assurons, dès aujourd'hui, aux confrères qui ont partagé nos idées dès le principe.

Ainsi « nous soutiendrons *d'une façon directe* l'instruction du corps médical et nous serons certains de pouvoir combattre le charlatanisme sous quelques-unes de ses formes, avec succès et sans crainte qu'on attribue notre conduite aux seuls intérêts personnels »

La composition de notre feuille d'annonces s'inspire de constatations faites par la réunion des médecins qui a été notre point de départ.

« Nous avons reconnu, avec nos confrères, que, si les industriels persistent, depuis tant d'années, à vous offrir, chaque jour, tous les prospectus que vous savez, c'est qu'ils y trouvent leur profit, même auprès d'un public compétent, le public médical. Nous avons favorisé ce funeste mouvement, peu conforme à la dignité de notre profession, à l'intérêt même de la pharmacie, qui est entraînée à supprimer le médecin, comme un intermédiaire inutile entre elle et le malade. »

Nous avons reconnu aussi qu'un certain nombre de spécialités ont accompli un véritable progrès.

En conséquence, dans la composition de la feuille d'annonce, nos règles sont les suivantes :

1° Les adhérents doivent en thèse générale formuler magistralement.

2° Ils recourent aux produits spécialisés, quand ceux-ci s'imposent par la difficulté de la préparation, de la conservation, ou de la constatation de pureté.

3° Ils acceptent les annonces industrielles, ayant trait à la médecine et à la chirurgie. Celles-ci sont admises sans examen spécial, l'appréciation de leur valeur étant facile pour tous.

4° Ils limitent le nombre des eaux minérales avec lesquelles le journal conclut des traités de publicité ; il ont reconnu que presque tous les praticiens sont obligés de se restreindre à l'emploi de quelques sources seulement, et ils savent qu'à l'exception des grandes villes, il est matériellement impossible aux pharmaciens de mettre à la disposition des médecins un trop grand nombre d'eaux minérales. Chacun de nous peut, dans tous les cas, rechercher ses indications dans une feuille différente de la nôtre ; il peut même se contenter de lire, avec attention, toutes les réclames qui viennent, chaque jour, nous solliciter à domicile.

Nos adhérents ont compris qu'un journal créé par près de 1,500 médecins, était assuré d'une vitalité et d'une influence plus grandes que ne peut l'espérer celui qui n'est que l'œuvre d'un seul, quelque soit d'ailleurs son mérite.

Votre directeur a accepté toute la responsabilité de l'organisation que nous venons d'exposer. Il a les pouvoirs les plus étendus et, grâce à eux, grâce à votre aide et à celle des membres de la rédaction, il veut accomplir des progrès constants, afin d'arriver le plus promptement possible à la constitution de la *Société de Concours Médical,* dont les statuts seront mûrement étudiés dans le journal, avant d'être soumis à l'assemblée des abonnés.

Il se considère comme votre mandataire. Chargé des intérêts communs, il espère parvenir à vous inspirer une confiance qui ne peut s'établir que par un échange de communications directes, ou par lettres.

Nous entretiendrons une correspondance régulière par la voie du journal, sous le couvert du numéro de chaque *fondateur, participant* ou *abonné*. C'est à cette condition que notre communauté de vues pourra produire tous ses effets. Les économies que nous pourrons procurer à nos lecteurs seront recher-

chées avec persévérance, et si, à ce propos, on nous accusait de spéculation, nous répondrons, comme le faisait un éminent confrère « que la communion des intérêts ne fait pas déchoir celle des intelligences ; qu'un intérêt de société peut être poursuivi avec ardeur ; que si le désir du bien-être n'est pas le mobile le plus noble des actions humaines (et ceux-là peuvent l'avouer qui en font trop souvent le sacrifice à la profession), il appartient à l'humanité, qu'il conduit au travail et dont il relève la condition. »

Nous voulons contribuer à ce bien être de tout notre pouvoir par le même moyen qui avancera notre instruction à tous : le journal. Notre fierté n'aura pas à souffrir de la protection de nos intérêts.

Nous avons adopté un format que nous croyons commode ; nous modifierons s'il y a lieu, le papier et sa teinte. Il a paru à la majorité de nos confrères que la publication hebdomadaire était suffisante. Nous avons des idées qui nous paraissent neuves au sujet de la rédaction ; nous nous efforcerons de les appliquer.

Nous voulons que le *Concours médical*, quoique scientifique, reste intéressant pour tous ; que quoique pratique, il ne se réduise pas à un volumineux recueil de formules ou de leçons banales. Il devra suffire à tous nos lecteurs qui pourront, lorsque le nombre de ses pages sera suffisamment accru, négliger sans réel inconvénient la partie qui ne cadrerait pas avec leurs goûts, leur tournure d'esprit, assurés qu'ils seront alors de trouver, d'autre part, une lecture appropriée à leurs convenances.

Vous aurez, dans tous les cas, cette satisfaction, assez appréciable par le temps qui court, de ne rencontrer jamais et sous aucun prétexte, aucune réclame, de quelque nature qu'elle soit, dans la partie scientifique.

Si nous parvenons, par les services que nous nous efforcerons de rendre à nos lecteurs, à nous créer quelques titres à leur attachement, la partie la plus aride de notre tâche sera accomplie et le reste viendra par surcroît.

Notre société de *Concours médical* justifiera son titre par la bonne volonté de tous ses membres à seconder notre effort professionnel.

Dès que les produits du journal dépasseront les frais, l'assemblée des abonnés décidera les diverses affectations de l'excédant.

Le Directeur,

Docteur Auguste Cézilly.

Avis aux adhérents du *Concours Médical*

—

Les adhérents de la future Société de Concours médical et du journal sont rangés par ordre alphabétique et leur numéro sera indiqué sur les bandes du journal.

Nous avons pour des nécessités d'administration, les meilleures raisons pour ne pas publier cette liste actuellement. Elle est d'ailleurs à la disposition de chacun d'entre vous dans nos bureaux.

Les cartes d'adhérents seront envoyées à la veille de la prochaine assemblée générale.

Poissy. — Imprimerie Edmond ROUSSET et Cie.

AVIS TRÈS IMPORTANT

Nous nous occupons, en ce moment de réunir les éléments d'un annuaire de médecine de France; de plus, nous étudions avec plusieurs compagnies d'assurances, les combinaisons les plus avantageuses. C'est pourquoi, nous vous prions instamment de vouloir bien nous adresser les renseignements suivants :

Nom et prénoms.

Age.

Date de réception.

Voici la formule que doit remplir le confrère qui désire adhérer, et qui à votre recommandation sera admis au titre de participant.

FORMULE D'ADHÉSION

Je soussigné (NOM, PRÉNOMS ET QUALITÉS),

Médecin à

arrondissement d *département d*

âgé de *reçu en* *désire faire partie des Membres participants de la* Société de Concours médical. *Je recevrai à titre gratuit le Journal le* Concours médical. *Je m'efforcerai de contribuer à la prospérité de la Société. Je jouirai d'avantages analogues à ceux des Fondateurs, et ne serai tenu à aucune contribution ni responsabilité pécuniaires quelconques.*

A *le* *1879*

(SIGNATURE).

DÉTACHER, AFFRANCHIR ET ADRESSER A M. L'ADMINISTRATEUR DU CONCOURS MÉDICAL, BOULEVARD ST-MICHEL, 51, PARIS